

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PEDAGOGIKY

magisterské prezenční studium

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Osobnostní a sociální rozvoj klienta v terapeutické komunitě

*The Personal and Social Development of a Client in a
Therapeutic Community*

Kateřina Koderová

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Jitka Lorenzová, Ph.D.

Praha 2007

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala zcela samostatně a uvádím v ní veškerou literaturu a prameny, které jsem použila.

V Praze dne 14. prosince 2007

.....

podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala především vedoucí této diplomové práce PhDr. Jitce Lorenzové, Ph.D. za odborné vedení, cenné připomínky a laskavý přístup, který mi velmi pomohl při zpracovávání textu. Dále patří můj dík všem členům Terapeutické komunity Magdaléna, kteří mi umožnili získání potřebných poznatků a zkušeností, a bez nichž by tato práce pravděpodobně nevznikla.

Motto:

„Jsem tady, protože sám před sebou neuniknu.

Dokud se nesečkám se sebou samým v očích a srdcích mých bližních, jsem na útěku.

Dokud nedovolím, aby měli účast na mém nejniternejším dění a poznali má tajemství, nenajdu bezpečí.

Dokud se bojím, že mě prohlédnou, nemohu poznat sám sebe ani druhé, zůstanu sám.

V komunitě se mohu spatřit takový, jaký jsem, ne jako obr z mých snů nebo trpaslík z mých obav, ale jako člověk, který jako část celku nalezne svůj smysl a přispěje k jeho dobru.

V takové půdě mohu zakořenit a růst, už ne sám, jako ve smrti, ale jako živý člověk mezi lidmi.“

Richard Beauvais

OBSAH:

Úvod	8
1. Závislost na drogách	10
1.1 Syndrom závislosti	10
1.2 Droga	13
1.3 Vznik a rozvoj závislosti	16
1.3.1 Faktory vzniku závislosti	16
1.3.1.1 Biologické faktory	16
1.3.1.2 Psychologické faktory	17
1.3.1.3 Sociální faktory	20
1.3.2 Systémová teorie vzniku a rozvoje závislosti	23
1.3.3 Fáze rozvoje závislosti na nealkoholových drogách	24
1.4 Specifika závislosti u dětí a mladistvých	26
1.5 Důsledky závislosti na nealkoholových drogách	30
2. Možnosti léčby drogových závislostí	32
2.1 Přístupy protidrogové politiky	32
2.2 Principy efektivní léčby	34
2.3 Systém péče o drogově závislé v ČR	39
2.4 Vybrané psychoterapeutické přístupy užívané při léčbě drogově závislých	46
2.4.1 Psychodynamické přístupy	47
2.4.2 Kognitivně-behaviorální přístupy	51
2.4.3 Humanistické přístupy	54
2.4.4 Gestalt terapie	56
2.4.5 Transakční analýza	57
2.4.6 Integrované a eklektické přístupy	59

3. Terapeutická komunita	60
3.1 Vymezení pojmu	60
3.2 Historie a vývoj terapeutických komunit	62
3.3 Základní principy terapeutických komunit	67
3.4 Léčba v terapeutické komunitě pro drogově závislé	71
3.4.1 Cíle léčby	71
3.4.2 Klienti	73
3.4.2.1 Děti a mladiství v terapeutické komunitě	75
3.4.3 Terapeutický tým	78
3.4.4 Výsledky léčby a efektivita	81
 4. Prostředky a nástroje osobnostního a sociálního rozvoje klienta v terapeutické komunitě pro drogově závislé	 84
4.1 Program terapeutické komunity	85
4.1.1 Režim	85
4.1.2 Fáze léčby	88
4.1.3 Jednotlivé aktivity programu	93
4.2 Účinné terapeutické faktory	106
 5. Empirické šetření	 109
5.1 Téma	109
5.2 Problém a cíl	110
5.3 Popis empirického pole a vzorek	112
5.4 Popis průběhu šetření	113
5.5 Použitá metoda	114
5.6 Vyhodnocení empirického šetření	117
5.6.1 Přínosy a nedostatky terapeutické komunity z pohledu klientů	117
5.6.2 Porovnání pohledu klienta a jeho garanta na klientův osobnostní a sociální rozvoj	124

5.6.3 Současná pozice vzhledem ke stanovenému cíli léčby z pohledu klienta	137
5.7 Diskuse	141
5.8 Závěry	142
 Závěr	 145
Seznam použité literatury	147
Příloha A	154
Příloha B	156
Příloha C	157
Příloha D	158
Příloha E	159
Příloha F	160
Příloha G	161
Příloha H	162
Příloha I	163
Příloha J	164
Příloha K	166
Příloha L	168
Příloha M	169
Příloha N	171
Příloha O	172
Příloha P	175
 Resumé	 177

Úvod

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila téma „Osobnostní a sociální rozvoj klienta v terapeutické komunitě“, přičemž se zaměřuji na terapeutickou komunitu jako metodu práce s drogově závislými jedinci. Toto téma zasahuje do mnoha oborů, jako je medicína, psychologie, psychoterapie, pedagogika, sociální práce apod., proto jeho zpracování vyžaduje interdisciplinární přístup.

Drogová závislost je negativní jev, který ohrožuje především děti a mladistvé, a to již od útlého věku. Pedagogická teorie i praxe proto musí této problematice věnovat značnou pozornost. V terapeutické komunitě se pracuje na komplexní změně životního stylu závislého jedince, přičemž problém zneužívání návykových látek je nahlížen z mnoha úhlů pohledu a řešen použitím širokého spektra metod. Právě hledisko nezralosti klienta a snaha o jeho osobnostní a sociální růst, potřebný pro život bez drog, činí z terapeutické komunity vhodnou metodu pro léčbu dětí a mladistvých. V současné době funguje v České republice asi patnáct terapeutických komunit poskytujících rezidenční léčbu drogově závislým, z nichž většina má dlouholetou tradici. Přesto u nás není toto téma zatím dostatečně zpracované a ve vědeckých kruzích je problematika terapeutických komunit stále málo diskutována. Pedagogika by se měla zabývat nejen specifickými potřebami dětí a mládeže zneužívající návykové látky, ale i možnostmi uplatnění výchovně-vzdělávacích poradců, sociálních pedagogů, lektorů osobnostně-sociální výchovy a dalších pedagogických profesí v oblasti práce s uživateli drog.

Cílem této diplomové práce je shrnout dosavadní poznatky a zkušenosti týkající se léčby a resocializace drogově závislých v terapeutických komunitách a zaměřit se na to, jaké jsou změny chování a prožívání klienta během léčby.

Celá práce, která byla pojata jako teoreticko-empirická, se skládá z pěti kapitol:

V první kapitole se věnuji syndromu závislosti, jeho etiologii a základním charakteristikám včetně důsledků, které s sebou nese návykové chování.

Druhá kapitola nastiňuje možnosti léčby drogových závislostí, přístupy drogové politiky a základní znaky efektivní práce s uživateli psychoaktivních látek. Stručně zde popisuji také systém péče v České republice a vybrané psychoterapeutické přístupy, které jsou při léčbě závislých využívány.

Třetí kapitola se již zaměřuje na terapeutickou komunitu jako na metodu a systém práce s drogově závislými. Pokusila jsem se vymezit pojem terapeutická komunita, nastínit historii a vývoj této metody a popsat její základní principy. Další oddíl věnuji léčbě v terapeutické komunitě, jejím cílům, charakterizuji skupinu klientů a terapeutický tým a shrnuji poznatky o efektivitě této formy léčby.

Čtvrtá kapitola pojednává o prostředcích a nástrojích terapeutické komunity, díky nimž dochází k osobnostnímu a sociálnímu rozvoji klienta. Popisuji zde program terapeutické komunity, který zahrnuje režim, hierarchii a jednotlivé aktivity, a také účinné faktory, které jsou hlavními nositeli změny.

Konečně pátá kapitola obsahuje popis průběhu a výsledky empirického šetření, jehož tématem je „Vliv léčby v terapeutické komunitě na osobnostní a sociální rozvoj klienta“.

1. Závislost na drogách

O závislostech na alkoholových i nealkoholových drogách se v současné době mluví jako o jednom z nejzávažnějších problémů lidstva. Přestože psychoaktivní látky byly užívány za různým účelem od nepaměti, k masovému rozšíření drog v Evropě a Severní Americe došlo až v průběhu 20. století, a teprve posledních několik desítek let se mluví o drogách jako o škodlivém fenoménu, jehož zneužívání má závažné psychické, fyzické, sociální i ekonomické důsledky. Drogovým závislostem je proto věnováno čím dále více pozornosti, a to nejen v odborných kruzích. Také ve školách, v médiích a mezi laickou veřejností je téma zneužívání návykových látek poměrně často diskutováno. Objasnění syndromu závislosti, příčinám jeho vzniku, modelům a důsledkům závislosti je věnována tato kapitola.

1.1 Syndrom závislosti

V současné době se v souvislosti s návykovými a psychoaktivními látkami upouští od užívání pojmu „toxikomanie“¹, který pozvolna nahrazuje výstižnější český termín „drogová závislost“. Ve významu těchto dvou pojmů neshledávám žádné velké rozdíly, v souladu s nastoleným trendem proto budu pracovat s pojmem „drogová závislost“ a „syndrom závislosti“.

Nejvýstižnější definici syndromu závislosti na návykových látkách přináší Světová zdravotnická organizace (WHO) v Mezinárodní klasifikaci nemocí: „Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou,

¹ Pojem toxikomanie je odvozen od řeckého slova toxon – luk, toxikon farmakon – jed užívaný na hroty šípů a mania – zuřivost, šílenost (Nožina, M., 1997, s. 12 - 13).

avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlejšímu znovuobjevení jiných rysů syndromu, než je tomu u jedince, u něhož se závislost nevyskytuje.² Pro stanovení diagnózy závislosti je třeba, aby se během posledního roku u dotyčného jedince objevily alespoň tři z následujících symptomů:

- a) silná touha opakovaně užít drogu, bažení (craving),
- b) potíže v sebeovládání při užívání látky, ztráta volní kontroly, pokud jde o začátek a ukončení užívání nebo o množství užívané látky,
- c) odvykací stav při nedostatku nebo vysazení drogy, látka je užívána, aby se předešlo abstinenčním příznakům,
- d) rostoucí tolerance, je vyžadována vyšší dávka látky, aby bylo dosaženo takového účinku, pro který dříve stačily nižší dávky,
- e) postupné zanedbávání jiných aktivit a zájmů, převažuje orientace na drogový životní styl, tzn. prioritizace drogy a zvýšení objemu času, které je věnováno jejímu získávání, užívání a zotavování se z jejích účinků,
- f) pokračování v užívání látky i přes jasný důkaz somatických a psychických poškození, vyplývajících z užívání drogy.³

V 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí jsou závislosti zařazeny do kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek⁴. Tato verze je používána především v Evropě včetně České republiky, ve Spojených státech je běžnější Diagnostický a statistický manuál (DSM), který uvádí velmi podobná kritéria pro diagnostikování závislosti na návykových látkách. DSM-IV však vynechává onu nezvladatelnou touhu - craving, která je podle mého názoru ústřední charakteristikou každé závislosti.

² Nešpor, K., Provazníková, H., 1997, s. 35

³ S těmito příznaky závislosti pracuje většina odborníků, např. Nešpor, K., Provazníková, H., 1997; Heller, J., Pecinová, O., 1996; Záhorská, J., 2004 a další.

⁴ Základní přehled klasifikace MKN 10 viz. Příloha A.

Vymezení drogové závislosti podle Světové zdravotnické organizace je natolik výstižné, že s ním pracují téměř všichni odborníci zabývající se drogovou problematikou. Závislost je tedy možné chápat jako psychický a fyzický stav, který je charakterizován změnami chování, myšlení a citění člověka, neustálým nutkáním užít drogu za všech okolností, postupným vzestupem tolerance vůči droze a ztrátou kontroly nad jejím užíváním. Závislí si své problémy spojené s drogami většinou uvědomují, avšak pokusy regulovat frekvenci a množství užívané látky jsou neúspěšné.

U drogových závislostí rozlišujeme psychickou a fyzickou složku. Každá droga má poněkud odlišné účinky a při jejím dlouhodobém užívání vzniká závislost psychická, somatická nebo obě. Všeobecně je z tohoto hlediska nejnebezpečnější drogou alkohol, některé léky a heroin – jejich zneužívání doprovází nejen psychická, ale také velmi těžká fyzická závislost a při vysazení dochází k vážným abstinčním příznakům. Nicméně je známo, že nepříjemné tělesné odvykací stavy se objevují i u jiných látek, které jsou považovány spíše za psychicky návykové, neboť duševní stavy způsobené odnětím drogy jsou doprovázeny také tělesnými projevy, jako je např. pocení, třas rukou apod. Přesně odlišit obě složky závislosti je tedy složité, ale je možné vymezit jejich základní znaky.

Psychická závislost má dlouhodobý charakter a projevuje se především oním puzením, kompulzivní touhou opětovně požívat drogu. Vznik psychické závislosti je podmíněn spojením psychoaktivní látky s určitými zážitky, příjemnými duševními stavy, které jsou navozeny konzumací drogy. Tato složka závislosti je velmi složitě zvladatelná a způsobuje největší komplikace při léčbě.

Závislost somatická znamená, že organismus člověka se během periodického užívání látky na příslušnou látku adaptoval, zahrnul ji do svého metabolismu, a proto při jejím vysazení dochází k poruše – abstinčním příznakům. Ty však po několika dnech samy odezní, organismus je schopen kompenzace. Odvykacích příznaků je celá řada a

různí se podle typu drogy, nicméně v určité formě a intenzitě se vyskytují u všech návykových látek. Závislí užívají drogu nejen pro její subjektivně příjemné účinky, ale často také proto, aby se vyhnuli zmíněným odvykacím stavům. Seskupení konkrétních typických příznaků se nazývá abstinenci syndrom.⁵

1.2 Droga

V souvislosti se syndromem závislosti je důležité objasnit také pojem „droga“⁶. Laická veřejnost často považuje za drogy pouze zakázané návykové látky, tento termín má však mnohem širší význam. Jak uvádí Nožina, slovo droga má ve spisovné češtině význam „omamující prostředek, dráždivý přípravek“⁷. Podle Světové zdravotnické organizace můžeme jako drogu označit jakoukoli přírodní nebo syntetickou látku či substanci, „která po vpravení do živého organismu mění jednu nebo více psychických či tělesných funkcí“⁸. Toto vymezení je natolik široké, že umožňuje jako drogu vnímat jakoukoli legální i nelegální látku užívanou za zmíněným účelem, ať již je většinovou společností tolerována nebo není. Podle Presla můžeme jako drogu chápat takovou látku, která splňuje dva základní požadavky:

„1. má tzv. psychotropní účinek, tj. ovlivňuje nějakým způsobem naše prožívání okolní reality, mění naše 'vnitřní naladění' - prostě působí na psychiku,

2. může vyvolat závislost, má tedy něco, co se z nedostatku vhodnějšího pojmenování někdy označuje jako 'potenciál závislosti'“.⁹

Drogou tedy označujeme přírodní nebo umělou látku, která po vpravení do organismu na určitou dobu ovlivňuje psychické naladění člověka, může

⁵ srov. Nožina, M., 1997, s. 12

⁶ Slovo droga má pravděpodobně původ v arabském slově durawa, pocházejícího z perského dárú = lék.

⁷ Nožina, M., 1997, s. 9

⁸ Nešpor, K., Provazníková, H., 1997, s. 13

⁹ Presl, J., 1995, s. 9

se stát předmětem chování s obsedantně kompulzivními rysy, a tudíž na ní za jistých okolností může vzniknout závislost.

Historie užívání drog je stará jako lidstvo samo. Před několika tisíci lety byly drogy důležitou součástí různých náboženských a šamanských rituálů (např. kult peyotlu), přírodní látky jako opium, konopí nebo koka byly užívány pro své léčivé a povzbuzující účinky. Stejně tak alkohol je opojným prostředkem vyhledávaným od nepaměti, avšak zdravotní a sociální komplikace způsobené všeobecnou oblibou piva, vína nebo destilátů jsou známy již několik století. Co se týče umělých látek, teprve po roce 1800, kdy dochází k rozmachu průmyslu včetně farmaceutického, přicházejí na trh první chemicky vyrobené drogy (morfin, efedrin, kodein apod.) a také tabák v podobě cigaret. Nicméně škodlivé důsledky zneužívání drog byly objeveny až na počátku století dvacátého, v době, kdy byly téměř všechny návykové látky běžně dostupné a počet závislých rapidně stoupal. Drogovými závislostmi a jejich následky se po drogovém „boomu“ v 60. letech začali zabývat specialisté z různých oborů po celém světě. Společnost se rozhodla proti drogám „bojovat“ pomocí protidrogové politiky a dalších nástrojů, nicméně nezákonný trh s drogami se neustále rozšiřuje. Od roku 1990 je problém drog podle OSN charakterizován jako problém globální, což mimo jiné znamená, že zahrnuje všechny země na světě, přičemž každá z nich má svou úlohu (země producentské, tranzitní a spotřebitelské)¹⁰.

Troufám si tvrdit, že v současnosti jsou drogy doslova „na každém kroku“, žijeme ve světě, který je drogami zahlcen. Některé návykové látky jsou společností tolerovány, jiné nikoliv. Tak je možné drogy dělit na legální, mezi něž (v našich zeměpisných šířkách) můžeme počítat alkohol, tabák, kofein, léky a těkavé látky, a nelegální, jejichž výroba a šíření (v některých zemích i užívání) je zákonem zakázáno. Legální drogy se v průběhu historického společensko-kulturního vývoje staly součástí běžného životního stylu, jsou téměř pro každého dospělého jedince

¹⁰ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 15

dostupné a určitá míra jejich konzumace je většinou tolerována. Oproti tomu drogy nelegální lze získat pouze nezákonnou cestou, společnost jejich uživatele stigmatizuje a proti výrobcům nebo distributorům uplatňuje určité sankce.

Pravděpodobně nejznámější dělení drog je podle míry rizika vzniku závislosti. Rozeznáváme tak drogy měkké (lehké, s akceptovatelným rizikem), které je možné v přijatelných intervalech a malém množství konzumovat, aniž by došlo k závažným negativním důsledkům (jak pro uživatele, tak pro společnost), a drogy tvrdé (těžké, s neakceptovatelným rizikem), u nichž je nebezpečí vzniku závislosti již příliš vysoké. Hranice mezi těmito dvěma skupinami psychoaktivních látek je velmi neostrá, některé drogy je obtížné přesně zařadit, neboť je nutné brát ohled i na kulturní kontext a individuální fyziologická specifika¹¹.

Konečně je možné také dělení návykových látek do skupin podle jejich původu (přírodní, semisyntetické nebo syntetické) a převládajícího účinku. Tak rozlišujeme alkohol, opiáty, kanabinoidy, stimulanty, sedativa a hypnotika, halucinogeny, organická rozpouštědla, tabák aj., nebo látky tlumivé, stimulační a halucinogenní (psychedelika).¹²

1.3 Vznik a rozvoj závislosti

O tom, jak závislost na drogách vzniká, koluje spousta mýtů a polopravd. Není samozřejmostí, že člověk se stane závislým na psychoaktivní látce okamžitě po první aplikaci, ani to, že pokud užívá takovou látku dlouhodobě, je na ní nutně závislý. Cesta od prvního kontaktu s drogou až k závislosti je složitá a značně individuálně odlišná, neboť na vzniku a rozvoji závislosti se podílí mnoho faktorů.

¹¹ Jiný je přístup k alkoholu v našich podmínkách a jiný např. v Severní Americe, na Sibiři nebo v muslimských zemích.

¹² Přehled základních drog a jejich účinků viz Příloha B.

1.3.1 Faktory vzniku závislosti

Je jasné, že odpovědět na otázku, proč vlastně lidé berou drogy, není vůbec jednoduché. Odborníci se neshodují ani na tom, zda by závislost na psychoaktivních látkách měla být považována spíše za nemoc nebo za naučené patologické chování. Příčiny a mechanismy rozvoje závislosti jsou již řadu let studovány z různých hledisek, avšak je zřejmé, že v současnosti je nutné závislost pojímat komplexně a brát v úvahu všechny činitele, které se na jejím vzniku a udržování podílejí. Tyto činitele se obvykle dělí na fyziologické, psychologické a sociální nebo sociokulturní, což odpovídá bio-psycho-sociálnímu pojetí závislosti. K nim je třeba ještě přidat neméně důležitý faktor – drogu, která je schopna vyrovnat deficit, zaplnit vzniklou „mezeru“ ve zmíněných třech oblastech.¹³ Závislost na užívání psychoaktivních látek je tedy možné nazývat „multifaktorálně podmíněnou poruchou“¹⁴, kde se jednotlivé faktory navzájem doplňují a integrují.

1.3.1.1 Biologické faktory

Navzdory všem možným hypotézám se nikdy jednoznačně nepotvrdila genetická předurčenost ke vzniku závislosti. Pouze u dětí alkoholiků byla ověřena vrozená vyšší tolerance k alkoholu ve srovnání s většinovou populací, a to i když byly odstraněny jiné vlivy (vyloučení učení se nápodobou v případě jednovaječných dvojčat vychovávaných odděleně).

Mezi biologické faktory vzniku závislosti počítáme především poškození plodu v pre- a perinatálním období, a to toxikomanií (popř. alkoholismem) matky v průběhu těhotenství, vlivem virů a mikrobů, alergických onemocnění nebo problematickými okolnostmi při porodu a souvisejícím použitím tlumivých látek, které ovlivňují neurobiologii dítěte.

¹³ Mechanismus účinku drog a vznik závislosti naznačuje grafické znázornění v Příloze C.

¹⁴ Vágnerová, M., 2004, s. 550

V raném dětství pak mohou působit různá traumata, nemoci a další faktory, které později zčásti determinují závislost na návykové látce¹⁵.

Každý jedinec disponuje nepatrně jinak „nastavenou“ centrální nervovou soustavou, různě intenzivní citlivostí a odlišnými fyziologickými reakcemi, proto je samozřejmé, že každý jsme rozdílně náchylný k působení psychoaktivních látek. Je známým faktem, že především nezralí jedinci – děti a mladiství – jsou zvýšeně reaktivní a citliví ve vztahu k rozvoji drogové závislosti. Závislost se u nich „vyvíjí obecně rychleji než u dospělých, průběh onemocnění je dramatičtější, mívá závažnější a trvalejší důsledky fyzické i psychické“¹⁶. Proto jsou lidé, kteří se stali závislými na jakékoli návykové látce v brzkém věku, značně ohroženi trvalými duševními i tělesnými komplikacemi a následky a jejich léčba je velmi náročná.

1.3.1.2 Psychologické faktory

Osobnost jedince hraje v souvislosti se vznikem a rozvojem závislosti obrovskou roli. Opět nelze tvrdit, že by existovala určitá kombinace osobnostních charakteristik, která by dotyčného jednoznačně předurčovala k tomu, aby se stal toxikomanem. Můžeme však pojmenovat některé vlastnosti, rysy a tendence, které jsou společné většině drogově závislých. Je poměrně složité odlišit, které z těchto charakteristik lze označit za primární, tj. přítomné a působící ještě před začátkem periodického užívání drogy, a které za sekundární, vzniklé již v důsledku abúzu. Nicméně existují rizikové psychické faktory, které způsobují, že je člověk ke vzniku závislosti náchylnější.

Lidé, kteří inklinují k závislostem, mají problémy zejména v emoční oblasti, trpí neadekvátním sebehodnocením a sebepojetím, mívají sníženou sebekontrolu, problémy s identitou, bývají značně frustrováni. Pokud

¹⁵ srov. Kudrle, S. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 91

¹⁶ Fišerová, M. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 96

přijdou do kontaktu s tou „správnou“ návykovou látkou, dojde k dočasné změně prožívání. Droga jim pomáhá vyrovnat se se svým nedostatkem nebo nepříjemným stavem, pod jejím vlivem komplikace najednou zmizí a objeví se znovu až po odeznění účinků. To vede konzumenta k opětovnému užívání, čímž se dostává do onoho „bludného kruhu“ závislosti.

Presl¹⁷ zmiňuje dvě skupiny predisponovaných osobností. Do první z nich lze zařadit jedince zvýšeně úzkostné, zranitelné, přecitlivělé, kteří mají problémy s interpersonální komunikací a trpí pocity vlastní nedostačivosti. Tito lidé nejčastěji inklinují ke konzumaci stimulačních drog. Druhou skupinu tvoří naopak značně dráždivé, impulsivní, egocentrické osobnosti, jejichž chování by se dalo charakterizovat jako nezdrženlivé, konfliktní až agresivní. Takto disponovaní jedinci většinou nacházejí „úlevu“ v látkách opiátového typu.

Psychodynamicky orientovaný psychiatr Jean Bergeret věnoval osobnosti toxikomanů celou monografii¹⁸. Rozlišuje tři druhy duševních struktur drogově závislých – neurotickou, psychotickou a depresivní. První dva typy disponují poměrně jasným, zavedeným a pevným psychickým uspořádáním, oproti tomu ustrojení třetího typu je méně vyhraněné, nestálé, je možné říci nevyzrálé. Podle Hrubého¹⁹ je mezi klienty terapeutických komunit nejčastěji zastoupena právě depresivní struktura osobnosti, pro níž je charakteristická citová deprivace, závislý vztah, chybějící autonomie a obrovská úzkost.

Také Bergeret konstatuje, že nelze definovat konkrétní psychické uspořádání jedince, které by bylo specifické pro rozvoj závislosti, abúzus tedy může vzniknout v případě kterékoli duševní struktury. Podstatné jsou i jeho další závěry:

¹⁷ srov. Presl, J., 1995, s. 49 - 50

¹⁸ Bergeret, J., 1995

¹⁹ srov. Hrubý, R., 2004, s. 10

„Závislé chování nikdy nemění specifickou povahu dané hluboké psychické struktury (...); závislé chování pouze více nebo méně zřetelně modifikuje způsob sekundárního fungování skryté hluboké struktury.

Závislost na toxickém prostředí vzniká nejen kvůli více či méně vědomé nebo více či méně zjevné potřebě subjektu, ale v rovině latentního psychického uspořádání vzniká jako pokus o obranu a o regulaci snížených schopností nebo příležitostných mezer, které vykazuje hluboká struktura v každém jednotlivém případě²⁰.

K negativním změnám psychiky závislého jedince bohužel po určité době zneužívání drog často dochází. Nevratné poškození sledujeme především u zneužívání těkavých látek, neboť způsobují změny v CNS, a také u stimulantů, např. pervitinu, jehož konzumenti vykazují rysy tzv. toxické psychózy (paranoidní stavy apod.). Je ovšem pravda, že různá psychická onemocnění či poruchy osobnosti bývají skryta a k jejich rozvoji dojde teprve při kontaktu s určitým spouštěčem – stresovou situací, traumatem, nebo právě psychoaktivní látkou.

Domnívám se, že v souvislosti s psychologickými faktory je třeba zmínit tzv. vývojové krize. Erik Erikson vymezil pro každé životní období několik konfliktů týkajících se osobnostních a vztahových kvalit, které je třeba adekvátně vyřešit, aby jedinec mohl postoupit do dalšího stadia. Je potřebné, aby tyto vývojové úkoly byly vyřešeny uspokojivě, pokud tomu tak není, člověk stagnuje či regreduje a není schopen přiměřeného rozvoje. Drogová závislost tak může vzniknout jako důsledek nezvládnuté krize nebo jako náhradní řešení. Zdá se, že z tohoto hlediska je nejchoulostivějším obdobím dospívání. Adolescent se musí zabývat mnoha důležitými vývojovými úkoly, hledá vlastní identitu, nachází své místo ve společnosti, ujasňuje si své vztahy s vrstevníky a rodiči, navazuje první intimní partnerské vztahy. Jestliže se mu z nějakého důvodu nedaří uspokojivě

²⁰ Bergeret, J., 1995, s. 32

zvládnout tyto základní úkoly, dochází k frustracím, pocitům méněcennosti, nejistotě, a může to být právě droga, která přináší náhradní řešení nebo únik.

1.3.1.3 Sociální faktory

Sociální faktory považují v souvislosti se vznikem a rozvojem závislostí za nejzávažnější. Většinou jsou to právě malé sociální skupiny a jejich působení, které určitým způsobem determinují další vývoj jedince a buď významně přispívají k závislému chování, nebo naopak riziko zneužívání drog pomáhají minimalizovat. V rámci rodiny, školy i širšího prostředí je pak nejdůležitějším činitelem výchova dětí a mladistvých. Právě nevhodné působení výchovy může mít pro jedince fatální následky.

Rodiče jsou lidmi, s kterými dítě navazuje první vztahy. V rodinném prostředí závislých jedinců se v tomto ohledu objevují extrémy – dospělí jsou buď nadměrně protektivní, pečující a přehnaně angažovaní, nebo naopak chladní a lhostejní k potřebám dítěte. Známé jsou i případy přílišného přetěžování, kdy jsou na dítě kladeny neúměrně vysoké nároky, což vede k předčasné zralosti či chronickému selhávání v různých oblastech.

Poměrně častý je také výskyt nějakých traumat, která nebyla dostatečně zpracována, ať je to již odchod jednoho z rodičů, smrt, psychické onemocnění, zneužívání, stresující onemocnění a další. Jedinec se se závažnými intrapsychickými i mezilidskými důsledky traumatu sám těžko vyrovnává a návykové látky pro něho představují určitý únik od posttraumatických symptomů.

V anamnézách závislých jedinců lze nezřídka vystopovat závislost některého z členů rodiny, nejčastěji otce. Chování závislého rodiče je nepředvídatelné, reakce jsou naprosto neadekvátní běžným situacím, čemuž dítě nemůže rozumět. Stává se proto nejistým, jeho očekávání jsou nenaplněna, trpí nedůvěrou ke světu, bývá narušen proces vývojové individuace a separace. Rizikový vliv závislého člena rodiny na dítě je nejen

v tom, že se může stát modelem určitého způsobu chování, ale také v tzv. kodependenci. Tento jev lze definovat jako „jakékoli trápení nebo dysfunkci, která je spojena se zaměřením, nebo výsledně vzniká ze zaměřením na potřeby a chování druhých“²¹ - může být tedy chápán jako porucha ze ztráty sebehodnoty, patologická závislost na druhém. Kodependentní jedinci mají velmi nízké sebehodnocení, trpí strachem z opuštění, nevšímají si příliš vlastních potřeb a své sebepojetí si vytváří podle toho, jak je vnímají druzí. Tím vytvářejí jakousi pokřivenou, neadekvátní představu o sobě samém a o světě, žijí v beznaději, pojmají sebe sama jako oběť, jsou přitahováni k dysfunkčním vztahům. To vše vede k jistému druhu naučeného adaptivního chování, které později přerůstá v závislost.

Drogová závislost dítěte může paradoxně působit i jako prvek, zachovávající rodinnou rovnováhu. Závislost jednoho člena k sobě připoutává pozornost ostatních členů rodinného systému, a tím je stmeluje dohromady. Vztahy mezi rodiči, jinak třeba značně konfliktní a narušené, ustupují do pozadí, neboť je třeba řešit mnohem významnější potíže. Závislí a jejich příbuzní proto mají nevědomé tendence udržovat problém, tj. zachovat závislost, neboť odstraněním tohoto jevu, např. vyléčením, by vše opět „najelo do starých kolejí“, objevily by se dřívější dysfunkční vztahy.

Nelze opomenout ani funkci abúzu drog jako náhradního prostředku při nezvládnuté individuaci a separaci. Někdy je pro rodiče nepřijatelné přijmout fakt, že jejich potomek je již dospělý, a nijak ho nepodporují v osamostatňování. Je pro ně výhodné, že se bez jejich podpory dítě neobejde, a závislost je k tomu prostředkem. Nebo naopak mladistvý v období adolescence nechce dospět, neumí se vyrovnat s náročnými vývojovými úkoly, a droga mu umožňuje zůstat stále dítětem, v mnoha směrech závislým na svých rodičích. Tomuto jevu říkáme adolescentní moratorium.

²¹ Kudrle, S. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 109

Další významnou skupinou, která do značné míry ovlivňuje chování člověka, jsou vrstevníci. Přátelé, kamarádi a známí nabývají na významu ve středním školním věku a v pubertě, tedy v období, kdy mladý člověk cítí potřebu odpoutávat se od rodiny a sblížovat se se svými vrstevníky. Obzvláště pokud jsou vztahy v rodině narušené, hledá si dítě jinou skupinu, se kterou by se mohlo identifikovat. Riziko je zřejmé – pokud se začne stýkat s lidmi, kteří mají k drogám pozitivní přístup, nebo je užívají, závislost vzniká velmi snadno. Tyto „party“ mívají odlišné hodnoty, normy a postoje, svou vlastní subkulturu, nezřídka kriminální. Roli zde hraje i touha separovat se od většinové společnosti či přímo odpor k ní, snaha o sebeprosazení, rebelie a provokace, a samozřejmě móda²².

Svůj podíl na rozvoji závislosti u mnoha lidí má samozřejmě i širší sociální kontext. Sem můžeme zařadit obraz světa drog ve sdělovacích prostředcích, reklamu, legislativu, nebo např. možnosti trávení volného času v místě bydliště. Hlavně ve velkých městech chybí sociální kontrola, život je jaksí odosobněný, člověk zažívá pocity osamělosti a odcizenosti. Svět je značně chaotický, což může u mnoha jedinců vyvolávat úzkost a nejistotu, kterou lze pomocí drogy potlačit. S tím souvisí i další dimenze bio-psycho-sociálního modelu závislosti – někdy k těmto třem faktorům bývá přiřazována také spirituální úroveň. Právě existenciální prázdnota, pocit bezesmyslnosti, potřeba sebetranscendence vedou k tzv. parareligiózní potřebě²³, sklonům hledat v droze nejen odpovědi na základní životní otázky, ale také něco magického, esoterického, něco, k čemu je možné směřovat své životní úsilí. Na spirituální úroveň, nikoli ve významu náboženském, nýbrž ve smyslu přímého prožitku něčeho božského, nejvíce

²² V každé době a také v každé společnosti jsou „módní“ jiné drogy – na tanečních party se užívá nejčastěji extáze, LSD a marihuana, ve vyšších společenských vrstvách je oblíbený kokain, naopak finančně slabší jedinci preferují rozpouštědla typu toluen apod.

²³ srov. Presl, J., 1995, s. 47

upozornilo hnutí Anonymních alkoholiků, kteří tuto dimenzi zahrnuli přímo do svých dvanácti kroků vedoucích k úzdavě²⁴.

1.3.2 Systémová teorie vzniku a rozvoje závislosti

Nejrozšířenějším výkladovým modelem závislosti je v současné době bio-psycho-sociální model, který zhruba před čtyřiceti lety nahradil tradiční, biomedicínský přístup. Tento značně redukcionistický pohled byl obohacen o dimenzi psychologickou a vývojovou, do popředí vystupují mezilidské vztahy, jejich dynamika a vzájemné podmiňování jednotlivých činitelů při vzniku závislosti na drogách. Díky svému širokému záběru je bio-psycho-sociální model přijatelný pro pracovníky mnoha oborů. Jeho aplikace v praxi dokonce vyžaduje mezioborový přístup, neboť kombinuje poznatky z přírodních, společenských i psychologických věd.²⁵ Bio-psycho-sociální model je využitelný při všech formách prevence a léčby.

Již bylo několikrát řečeno, že na vzniku závislosti se podílí několik faktorů, které jsou ve vzájemné interakci. Mluví se o tzv. bludném kruhu nebo o spirálovitém charakteru rozvoje závislosti²⁶. Nešpor a Csémy v této souvislosti zmiňují systémovou teorii: „Systémová teorie předpokládá, že každý jev, tedy zdraví i nemoc, je důsledkem nepřetržité a pokračující interakce různých systémů. (...) Na úrovni těchto systémů jsou jak rizikové, tak protektivní faktory“²⁷. Proměnné, které vstupují do hry, se týkají tělesného i duševního stavu jedince, jeho rodiny, úzké sítě sociálních vztahů i širších společenských systémů a v neposlední řadě také návykové látky samotné, jejich účinků a délky jejího zneužívání. Tyto činitele se snažíme

²⁴ Dvanáct kroků Anonymních alkoholiků je popsáno v Příloze G.

²⁵ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 79

²⁶ Závislý se pohybuje po jakési pomyslné spirále, a to směrem dolů, přičemž není jednoduché uniknout. Srov. Višňovský, P., Valentík, M., 1989, s. 24

²⁷ Nešpor, K., Csémy, L., 1996, s. 15

v rámci prevence i léčby ovlivnit, aby nemohly být ve vzájemné patologické interakci, čímž je narušena ona cirkulární kauzalita (bludný kruh)²⁸.

1.3.3 Fáze rozvoje závislosti na nealkoholových drogách

V odborné literatuře je popisováno zpravidla čtyři až pět různých stádií, která vedou k drogové závislosti²⁹. Je třeba upozornit, že tyto fáze mohou trvat různě dlouho a z každé z nich je možné vystoupit, není tedy samozřejmostí postupovat dále.

Počáteční stadium, které zahrnuje několik prvních aplikací drogy, je nazýváno **experimentální**. Touto fází projde mnoho mladých lidí, avšak po několika ojedinělých setkáních s návykovou látkou ji zase opustí a tím pro ně tato fáze končí. Pouze malé procento těch, kteří přišli do kontaktu s drogami, pokračují po pomyslné spirále dále. Presl uvádí pět nejčastěji uváděných důvodů, proč lidé vstupují do experimentu s drogami: zvědavost, vyvolání lepší nálady, řešení svých problémů, nuda a snaha na sebe upozornit.³⁰ Motivů však může být podstatně více, např. Heller a Pecinovská uvádějí celkem jedenáct druhů motivace vedoucí k abúzu drogy – svou roli hrají motivy fyzické, senzorické, emocionální, interpersonální, sociální, politické, intelektuální, kreativně estetické, filozofické, spirituálně mystické a jinak specifické (např. potřeba prožít nějaké dobrodružství).³¹

Droga v experimentální fázi není cílem, ale pouze prostředkem, podstatný je tlak ze strany vrstevníků, touha zkusit, jaké mají drogy účinky. Nicméně pokud predisponovaný jedinec užije látku, která ho „okouzlí“, pod jejímž vlivem se bude cítit velmi příjemně, pravděpodobně bude chtít tento zážitek zopakovat, čímž vstoupí do další etapy.

²⁸ viz Příloha D

²⁹ Každý autor pojmenovává tyto fáze jinak. Jako nejvhodnější se jeví označení etap drogové kariéry podle Votavové, neboť se vztahuje přímo na mladistvé, jejichž cesta do závislosti má ve srovnání s dospělými svá specifika. Srov. Votavová, M., 1997, s. 113 - 116

³⁰ srov. Presl, J., 1995, s. 7

³¹ srov. Heller, J., Pecinovská, O., 1996, s. 40 - 41

Rekreační nebo také sociální, víkendové či příležitostné užívání s sebou již nese velká rizika. V této fázi se psychoaktivní látka stává cílem, jedinec vyhledává situace, kdy je možné drogu užívat, vytváří se určitý stereotyp chování. Žádné subjektivně vnímané komplikace zatím nepřicházejí, pro tuto fázi je typická silná iluze kontroly – užívání psychoaktivních látek přináší vyšší zisky než ztráty (mluví se o tzv. životu na dluh).

Bohužel toto bezproblémové období postupně končí a přichází další etapa, **každodenní, návykové nebo také problémové užívání**. Nástup této fáze je možné charakterizovat přibývajícími negativními zkušenostmi s drogou a s tím souvisejícími ztrátami, ať už zdravotními, společenskými nebo psychopatologickými. Návyk je pro jedince již obtížné skrývat, sám chápe, že život s drogou je náročný a nepřináší mu takové potěšení jako v počátečních fázích. „Mladistvý zneužívající drogy, který dospěl až do této fáze, prožívá jedno z nejnáročnějších období své kariéry“³².

Pokud ani problémové užívání přes mnohé pokusy o abstinenci nevede k vyhledání pomoci, přichází další etapa - **závislé užívání**. Droga plně nahradila veškeré další aktivity, kterými se jedinec zabýval v minulosti, a stala se ústřední náplní jeho života. Její užívání je velmi intenzivní a nucené, protože závislý už není schopen existovat bez drog. Toto období je také charakterizováno kriminálním chováním (nutnost opatřit si peníze na drogu), totálním rozpadem hodnotového systému jedince a rozvrácenými vztahy s blízkými. Vymanit se ze stadia plné závislosti není možné bez cizí pomoci a dlouhodobé léčby.

1.4 Specifika závislosti u dětí a mladistvých

Závislosti představují jeden z největších problémů mládeže po celém světě, tedy nejen v průmyslově vyspělých zemích, ale také v méně

³² Votavová, M., 1997, s. 115

rozvinutých státech. Podle statistik je mezi registrovanými žadateli o léčbu drogových závislostí až polovina osob ve věku do 19 let. Mezi mládeží je poměrně vysoká prevalence zkušeností s nelegálními drogami (asi čtvrtina žáků základních škol a polovina středoškoláků uvádí zkušenost s užíváním drog, a to zejména konopných produktů nebo těkavých látek)³³.

Děti a dospívající tvoří jednu z nejzranitelnějších skupin obyvatelstva, co se týče rizika vzniku závislosti. Příčiny zneužívání návykových látek jsou totožné s faktory uvedenými v kap. 1.3.1, avšak je třeba zdůraznit, že největší roli zpravidla hrají vývojové a rodinné problémy.

- **Vývojové faktory**

Přestože k prvnímu kontaktu s drogou dochází u drtivé většiny jedinců před dosažením patnáctého roku věku, rozvoj závislého chování se uskutečňuje až v období adolescence (nad patnáct let). Mezi kritické oblasti, jejichž zpracování je pro adolescenta velmi obtížné, patří:

1. vývoj stabilního pocitu vlastní identity,
2. vývoj nezávislosti – emancipace od původní rodiny,
3. konstituování důležitých a významných vazeb s autoritami,
4. konstituování důležitých a významných vztahů s vrstevníky,
5. ujasnění životních cílů a hodnot.³⁴

Braní drog je projevem hledání vlastní identity a proklamací svobody. Návykové látky jsou „pomocným prostředkem“ při nalézání stabilnějšího místa ve společnosti, přispívají k pocitu sounáležitosti s vrstevnickou skupinou a usnadňují navazování vztahů mimo rodinu.

U mladších dospívajících nehraje potřeba separace a individuace takovou roli, zneužívání drog je spíše důsledkem předčasného vývoje zmiňovaného jako pseudodospělost.³⁵

- **Rodinné faktory**

³³ srov. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2006, 2007, s. 14 - 15

³⁴ srov. Broža, J. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 232

³⁵ McKay, J. R. in: Rotgers, F. a kol., 1999, s. 134

Jak již bylo řečeno, rodinné prostředí a uplatňovaný výchovný styl jsou důležitým faktorem ovlivňujícím vztah dítěte k návykovým látkám. Hajný³⁶ popisuje významné charakteristické znaky rodin, ve kterých je vysoké riziko vzniku závislosti dítěte nebo dospívajícího:

- nedostatečná pozornost nebo problematické reakce ze strany rodičů na chování dítěte,
- narušené či zatížené vztahy mezi dítětem a rodičem,
- chaotické či špatně vymezené vztahy mezi generacemi,
- skryté, nedostatečné či naopak excesivní vyjádření hněvu v rodině,
- závislost v roli prvku, který udržuje v rodině rovnováhu,
- jeden či více závislých členů rodiny a kodependence,
- shovívavý postoj rodiny k užívání či jinému závislému chování,
- nedůsledný, opakovaně odpouštějící a vždy zachraňující postoj,
- tabuizovaná témata či problémy, které se dlouhodobě neřeší apod.

• **Nejvíce ohrožené skupiny dětí a dospívajících**

Kromě těchto obecně působících faktorů rozlišujeme ještě skupiny dětí a mladistvých, které jsou kvůli určitým okolnostem více náchylné k experimentování s drogami. Tyto specifické okolnosti mohou být psychologické, sociální nebo fyziologické povahy a často vedou k sociálnímu vyloučení, jehož následkem bývá závislost na návykových látkách.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog za rok 2006³⁷ uvádí tyto ohrožené skupiny dětí, mládeže a mladých dospělých:

- čerství absolventi škol (ohrožení především nezaměstnaností),
- zneužívané a týrané děti,
- mladí lidé s poruchami chování,

³⁶ srov. Hajný, M. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 140 - 143

³⁷ srov. Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2006, 2007, s. 79 - 88

- děti z dysfunkčních rodin,
- děti vyrůstající v rodinách s deviantním stylem života a hodnotovými orientacemi,
- romské děti a mládež,
- děti v ústavních zařízeních a mladí dospělí opouštějící ústavní výchovu.

Tyto skupiny jsou považovány za zvláště rizikové a měly by na ně být zaměřeny programy selektivní a indikované prevence.

Také Nešpor a Csémy³⁸ popisují několik skupin dětí a mladistvých, které se nacházejí ve zvláštní situaci a nebezpečí vzniku závislosti u nich vzrůstá. Jako zvýšeně ohrožené autoři vnímají děti a dospívající:

- trpící poruchou pozornosti s hyperaktivitou,
- se sklony k násilnému jednání,
- zanedbané a s nedostatečně uspokojenými citovými potřebami,
- trpící strachem a úzkostí,
- se špatným prospěchem ve škole,
- s předčasně ukončeným vzděláním nebo nezaměstnaní,
- žijící v rodině, kde se vyskytují problémy s drogami nebo alkoholem,
- žijící v rodině s vleklým, neřešeným problémem.

Je zřejmé, že léčba drogově závislých mladistvých je náročnějším úkolem, než léčba dospělých jedinců. Dospívajícím klientům totiž většinou schází dostatečná motivace ke skutečné změně. Do léčby nastupují pod tlakem svého okolí nebo z donucení, proto je práce na motivaci ke změně životního stylu nejobtížnějším úkolem terapeutů. Pro drogově závislé adolescenty se doporučuje využívat skupinové formy léčby a uplatňování prvků zážitkové pedagogiky. Skupina uspokojuje potřebu adolescenta někam patřit, být někam zařazen, a atraktivní zážitky mimo léčebné zařízení naplňují potřebu vzrušení, touhu nenudit se. V každém případě musí být

³⁸ srov. Nešpor, K., Csémy, L., 2003, s. 21 - 24

zařazena i rodinná terapie. Dospívající většinou žije ve své původní rodině a po ukončení léčby se do ní opět vrací, proto je práce na změně v této oblasti nutná. Podle McKaye³⁹ by se rodinná terapie měla zabývat zábranami dospívajícího a/nebo jeho rodičů vůči procesu separace a odhalovat a řešit rodinné dysfunkce.

Pobyt v terapeutické komunitě se tak jeví jako poměrně vhodný přístup k léčení dospívajících lidí závislých na drogách. V zařízeních fungujících na bázi terapeutické komunity jsou kromě individuální, skupinové a rodinné terapie nabízeny mnohé zajímavé činnosti, díky nimž může dospívající nalézt nový životní styl nebo smysl. Droga zabraňuje mladému člověku řádně dospět – v prostředí terapeutické komunity by mu toto mělo být umožněno.

1.5 Důsledky závislosti na nealkoholových drogách

Negativních následků drogových závislostí existuje nesčetně mnoho. Na úrovni společnosti je to především ohrožení infekčními nemocemi, které jsou spjaty zejména s intravenózní aplikací drog. Jedná se nejen o šíření viru HIV, ale také o žloutenky typu B a C a dalších závažných onemocnění. Společnosti působí škody také kriminální činnost závislých a v případě vysoké poptávky po drogách i neustálé rozšiřování nelegálního trhu s omamnými látkami, do něhož je zapojováno stále více osob. Mezi negativní důsledky je možné počítat i vysoké náklady na léčbu, která je hrazena z veřejných zdrojů.

Co se týče samotného závislého a jeho nejbližšího okolí, důsledky abúzu lze rozdělit do tří skupin – somatické, psychické a sociální.

Fyzických poškození je celá řada. Patří sem již zmíněné riziko přenosu různých chorob, dále poškození centrálního nervového systému (např. častý výskyt epileptických záchvatů), vnitřních orgánů (játra, ledviny, zažívací

³⁹ McKay, J. R., in: Rotgers, F. a kol., 1999, s. 134

trakt apod.), a také devastace cévního systému (u nitrožilní aplikace). Závislý člověk o sebe přestává pečovat, zanedbává hygienu, kvůli nepravidelné stravě hubne a celkově fyzicky chátrá. Neopomenutelné je také riziko předávkování, které je u některých drog (např. toluen) značně vysoké.

V důsledku závislosti dochází k mnoha psychickým změnám, někdy až k celkovému rozpadu osobnosti. Člověk závislý na drogách se stává emočně labilnějším, bývá hypersenzitivní, není schopen potřebného sebeovládání. Mění se řada psychických funkcí – zhoršuje se paměť a koncentrace, díky změněnému vnímání a způsobu myšlení jsou reakce na okolní podněty značně nepřiměřené. Smutným koncem zneužívání některých látek může být poškození mozku vedoucí k celkovému úbytku kognitivních funkcí, k demenci. Nezanedbatelné je také riziko psychopatologických změn, rozvoje různých psychických onemocnění (nejčastěji poruch psychotického charakteru), která mohou být v některých případech nezvratná.

Užívání návykových látek má neblahý vliv na výkonnost jedince, což se projeví v zaměstnání, popř. ve škole. Závislý mladistvý zaostává za svými vrstevníky v oblasti vzdělání, není schopen vytvořit si potřebné sociální dovednosti a pracovní návyky. Postupně dochází ke značnému sociálnímu úpadku a morální degeneraci, životní styl uživatele návykových látek je orientován pouze na drogu samotnou. Stejně tak trpí jeho vztahy s okolím, stýká se pouze s lidmi, kteří jsou součástí drogové subkultury. Častý je naprostý rozvrat rodinných vazeb, závislý jedinec není schopen dostát běžným nárokům života ve skupině, neboť jeho interpersonální chování je manipulativní, nezodpovědné a sobecké. Postupně dochází k totální sociální izolaci bez bližších kontaktů se zdravými lidmi.

Přirozeným důsledkem fyzického, psychického i sociálního úpadku je ztráta sebedůvěry a sebeúcty, převažují výrazné pocity méněcennosti, někteří jedinci projevují i tendence k sebevražednému jednání. Většinu

poškození způsobených závislostí je možné alespoň částečně napravit během léčby – tomuto tématu se věnuje následující kapitola.

2. Možnosti léčby drogových závislostí

Jelikož zneužívání drog s sebou nese mnoho závažných důsledků pro jedince i společnost, vzniká snaha škody na obou stranách minimalizovat. Existuje nespočet způsobů, jak se s rostoucím trendem užívání návykových látek vyrovnat. Na pomyslném vrcholu stojí protidrogová politika určující směry boje proti nelegálním drogám. Od upřednostňovaných přístupů se pak odvíjí pojetí léčby a sociální rehabilitace i celý systém péče o drogově závislé osoby.

2.1 Přístupy protidrogové politiky

Protidrogová politika je soubor nástrojů, jejichž pomocí se společnost brání negativním následkům výroby, šíření a zneužívání drog. Není možné hovořit o jediné celosvětové strategii, a dokonce ani o jednotné politice západní Evropy, neboť každá země se v tomto ohledu ubírá trochu jiným směrem a preferuje odlišné přístupy.

V zásadě je možné odlišit dvě základní složky společné pro všechny protidrogové strategie, odvozené od mechanismů nezákonného trhu s ilegálními látkami – jde o snižování nabídky a snižování poptávky po drogách.

Snižování nabídky je především záležitostí státních orgánů a státní správy. V jejich zájmu je omezit výrobu a distribuci drog, a to pomocí různých administrativních kontrolních opatření, zákonné represe a vymycování zemědělské produkce opiového máku, koky, cannabisu atd.⁴⁰ Represe a prohibice se soustředí na potlačení všech nelegálních drog, často prostřednictvím likvidace otevřené drogové scény nebo trestů a postihů za držení drog pro vlastní potřebu.

⁴⁰ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 16

Naproti tomu stojí široké spektrum aktivit, zajišťované nejen státem, ale také různými nevládními a neziskovými organizacemi, jejichž cílem je snížení poptávky, tj. snaha omezit vyhledávání a spotřebu drog koncovými uživateli. Ústředním pojmem, spojujícím všechna opatření vedoucí k tomuto cíli, je prevence. Prevence bývá dělena do tří skupin na primární, sekundární a terciární.

Účelem primární prevence je předcházet nebo oddálit užití drogy u populace, která s ní dosud není v kontaktu. Optimální primární prevence je systematická, kontinuální, určená pro konkrétní cílovou skupinu a měla by být výsledkem spolupráce různých institucí (rodina, škola, komunita, média, organizace zajišťující volnočasové aktivity apod.). Sekundární prevence zahrnuje veškerou intervenci, poradenství a léčbu osob, které již drogy zneužívají, a konečně terciární prevence je zaměřena na minimalizaci vážných poškození způsobených abúzem drog. Do této skupiny řadíme i sociální rehabilitaci a přístupy „harm reduction“, neboli prevenci zdravotních a sociálně ekonomických rizik u neabstinujících závislých.

Oba dva přístupy, tedy snižování nabídky a poptávky po drogách, se samozřejmě vzájemně doplňují. Jak potlačování nezákonného trhu, snaha o naprosté vymýcení nelegálních návykových látek a vytvoření „společnosti bez drog“, tak snižování škod vzniklých v důsledku rozšíření těchto látek ve společnosti mají v protidrogové politice své místo. Z těchto důvodů je za nejlepší řešení drogového problému v Evropské Unii považován komplexní a vyvážený přístup postavený na celospolečenské mezioborové spolupráci, jehož cílem je podporovat opatření na obou stranách, tedy nastolit rovnováhu mezi represí a prevencí. Kalina uvádí čtyři pilíře evropské strategie, definované akčním programem EU na období 2000 - 2004:

1. **represe a kontrola,**
2. **prevence – ve smyslu primární prevence,**
3. **léčba a resocializace,**

4. **harm reduction.**⁴¹

Terapeutické komunity z tohoto hlediska spadají do skupiny sekundární a částečně také terciární prevence. Jejich hlavní náplní je zejména léčba a resocializace drogově závislých klientů, vedoucí pokud možno k úplné abstinenci. Proto se v dalších podkapitolách věnuji obecným principům léčby, systému péče o uživatele návykových látek v České republice a psychoterapeutickým přístupům, které jsou běžně v léčbě používány.

2.2 **Principy efektivní léčby**

Léčba drogových závislostí není v žádném případě snadná a jednoduchá záležitost. Objevuje se řada skeptických názorů, zda je vůbec možné, aby se člověk dlouhodobě závislý na nelegálních drogách svého problému zbavil. V praxi se ukazuje, že pokud je použito vhodných metod a přístupů, může být léčba i ve zdánlivě beznadějných případech úspěšná.

V souladu s bio-psycho-sociálním modelem závislosti by měla mít každá léčba komplexní charakter, což znamená, že se musí zaměřit na všechny aspekty problému, nejen na drogovou závislost klienta jako takovou. Vzhledem k tomu, že závislost postihuje mnoho sfér lidského života, je nutností zabývat se změnami ve všech těchto oblastech. Jde zejména o splnění vývojových úkolů, které byly v důsledku závislosti zanedbány, pozitivní obnovu narušených mezilidských vztahů (v rámci původní rodiny, intimních partnerských a vrstevnických vztahů) a osvojení pracovních návyků. Společným cílem všech léčebných přístupů je tedy snížení závislosti a zlepšení zdraví a kvality života prostřednictvím podpory rozvoje duševního, tělesného a sociálního potenciálu klientů a dosažení plné sociální integrace.

Prvotním předpokladem pro práci na celkové změně životního stylu je samozřejmě abstinence, která je vyžadována u všech druhů léčby. Další

⁴¹ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 21

důležitou podmínkou je dostatečná motivace klienta k léčbě⁴². Určitá úroveň motivace je nutná nejen pro rozhodnutí o nástupu do léčby, ale také pro udržení se v ní po adekvátně dlouhé období a nastartování všech potřebných změn po jejím ukončení. Práce s motivací je ústředním bodem strukturovaného předléčebného poradenství, které dotyčnému pomáhá připravit se na roli klienta v léčbě a posiluje účinnost léčebného procesu ještě před samotným nástupem. Kromě podpory motivace zahrnuje poradenství i zhodnocení potřeb a problémů klienta, specifikaci cílů a vytvoření plánu pro jejich dosažení, snížení rizika předčasného vypadnutí (drop-out) a nasměrování do vhodně vybraného léčebného zařízení.

Jelikož neexistuje jediný typ léčby, který by byl vhodný pro všechny klienty, je neopomenutelnou součástí každého předléčebného poradenství komplexní a důkladná diagnostika. Určení správné diagnózy usnadňuje naplánování odpovídající léčebné intervence. Nicméně výsledek diagnostického zhodnocení v žádném případě není jediným kritériem pro rozhodnutí o konkrétním léčebném programu – je třeba brát v úvahu široké spektrum dalších okolností, které jsou se syndromem závislosti neodmyslitelně spojeny. Pro přiřazení optimální formy léčby určitému klientovi je používán pojem „matching“. Matching znamená nacházení odpovídajícího propojení mezi potřebami klienta a určitým souborem léčebných postupů, neboli „párování potřeb a intervencí“⁴³. Základem je tedy zhodnocení následujících znaků na straně klienta: fyzický a duševní stav, rodinné a sociální vztahy, věk, pohlaví, druh návykové látky a délka jejího užívání, úroveň vzdělání a pracovní zařazení, kriminální minulost, stadium motivace, potenciál pro relaps apod. Na druhé straně je třeba uvážít parametry jednotlivých léčebných programů, mezi něž počítáme například výběrová kritéria pro klienty, charakter užívaných terapeutických přístupů a

⁴² Stadia motivace naznačuje Příloha E.

⁴³ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 255

metod, délku a intenzitu intervence nutné k vyvolání žádoucího efektu a očekávaný účinek.⁴⁴

Je třeba zdůraznit, že výsledky léčby jsou těžko měřitelné a nejsou viditelné okamžitě. Domnívám se, že faktory na straně klienta není možné chápat jako prediktory úspěšnosti léčebného procesu – je to především léčba samotná, která by měla uspokojivě reagovat na všechny klientovy potřeby a umožnit mu návrat do života bez drog. Přitom je třeba respektovat bio-psycho-sociální model a systémové hledisko⁴⁵, tj. ovlivnit co nejvíce relevantních systémů, které mají svůj podíl na vzniku, rozvoji a udržování závislosti.

Moderní koncept léčby samozřejmě klade na všechny účastníky značné nároky. Kalina popisuje sedm základních faktorů, nezbytných pro účinnost léčby⁴⁶:

- ***Včasný začátek léčby*** – není možné čekat, až klient přijde se svou objednávkou sám, ale je třeba zachytit jej co nejdříve po objevení prvních problémů spojených se závislostí. Nabídka služeb tedy musí být přitažlivá a dostupná.
- ***Individualizovaný přístup*** – každý klient je jiný a jeho problémy jsou různorodé, což znamená, že je nutné neustále zkvalitňovat diagnostické a terapeutické dovednosti. Stejně tak musí být samotný obsah, forma a délka léčby flexibilní.
- ***Podpora motivace*** – motivování klienta ve všech fázích léčebného procesu je jedním z nejdůležitějších prostředků léčby.
- ***Prevence relapsu*** – relaps je u drogových závislostí vcelku běžným jevem, proto je třeba věnovat mu dostatek pozornosti a vnímat jej jako příležitost k učení a pozitivnímu vývoji.

⁴⁴ srov. tamtéž

⁴⁵ viz oddíl 1.3.2 a Příloha C

⁴⁶ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 106

- ***Zužitkování nedobrovolného léčení*** – léčba nemusí být dobrovolná, aby byla účinná. Záleží pouze na terapeutech, zda dokáží využít vnější tlak jako jeden z prostředků, který pomáhá udržet klienta v léčbě po dostatečně dlouhou dobu.
- ***Zhodnocení léčebného kontinua*** – využívání účinných faktorů kontinua předléčebné poradenství – léčba – následná péče v tom smyslu, že každá léčba je jen jednou etapou na cestě k životu bez drog. Ne vždy musí být účinky trvalé, avšak mohou se kumulovat v čase.
- ***Postupné terapeutické cíle pro redukci rizika*** – v souladu s přístupem „harm reduction“ jde o snižování poškození vznikajících v důsledku drogového stylu života u klientů, kteří nejsou rozhodnutí změnit své chování.

K těmto faktorům je možné ještě připojit prevenci vypadnutí z léčby, tzv. drop-out. Ukazuje se, že četnost dobrovolných i nedobrovolných předčasných odchodů je poměrně vysoká. Udržet klienta v léčebném procesu není nijak jednoduchou záležitostí, zejména u problematičtějších klientů je důležitá náležitá podpora ze strany terapeutů a pevný řád. Mezi přístupy, které prokazatelně podporují udržení klienta v léčbě, patří zejména: „zaměření na motivaci a pozitivní orientaci na změnu, využívání principů terapeutické komunity, individualizovaná terapie (úloha klíčového pracovníka či garanta jako individuálního průvodce klienta paralelně se skupinovým programem), podpora v aktivním zapojení klienta do strukturovaných aktivit, řešení psychologických a interpersonálních problémů, rodinná nebo párová terapie, nácvik a rozvoj pracovních a sociálních dovedností“⁴⁷.

Americká NIDA (National Institute on Drug Abuse - Národní institut pro zneužívání drog) shrnuje tyto principy efektivní léčby⁴⁸:

- Neexistuje jediná léčba vhodná pro všechny osoby (matching).

⁴⁷ Kalina, K., 2000, s. 7

⁴⁸ srov. NIDA, 2000, s. 3 - 5

- Léčba musí být dostupná.
- Efektivní léčba reaguje na všechny potřeby a problémy klienta, nezabývá se pouze zneužíváním drog.
- Léčebný plán musí být kontinuálně hodnocen a modifikován, neboť potřeby klienta se mění. Nabídka musí zahrnovat široké spektrum služeb.
- Nezbytností je udržení klienta v léčbě optimálně dlouhou dobu (pro signifikantní zlepšení je doporučována minimální délka tři měsíce).
- Rozhodující součástí léčby je individuální a/nebo skupinové poradenství a další behaviorálně zaměřené terapie.
- Farmakoterapie v kombinaci s některým z typů poradenství a behaviorální terapie je důležitým prvkem léčby pro mnoho klientů.
- Závislí s dalšími psychickými poruchami (duální diagnózy) mají nárok na integrovanou, souběžnou léčbu.
- Detoxifikace je pouze prvním stupněm léčby závislostí a sama o sobě nemůže změnit dlouhodobé užívání drog.
- Léčba nemusí být dobrovolná, aby byla efektivní.
- Je třeba sledovat a kontrolovat možné užití drogy v průběhu léčby (testování).
- Léčebné programy by měly poskytovat vyšetření na infekční choroby a snižovat riziko poškození – „harm reduction“).
- Úzdrava může být dlouhodobým procesem a často obnáší vícenásobné léčby.

Je zřejmé, že současné pojetí léčby se snaží daleko více přizpůsobit potřebám klienta, než tomu bylo v minulosti. Mezioborové terapeutické týmy pracují efektivněji v souladu s novými trendy a přispívají tím k vyšší účinnosti léčebného procesu.

2.3 Systém péče o drogově závislé v ČR

Péče o drogově závislé pacienty má v naší zemi poměrně dlouhou tradici. První protialkoholní léčebna byla zřízena již v roce 1909, Středisko drogových závislostí při protialkoholním oddělení psychiatrické kliniky v Praze zahájilo činnost v roce 1971.⁴⁹ V souladu s rostoucím počtem uživatelů psychoaktivních látek neustále rostl i počet zařízení, která se věnují léčbě a sociální rehabilitaci těchto osob. Obor léčby návykových nemocí byl vždy spjat s odborníky zvučných jmen⁵⁰ a služby v této oblasti byly považovány za kvalitní a efektivní.

Léčbu závislých v současnosti zajišťují státní i nestátní organizace, ziskové i neziskové subjekty. Efektivní síť léčebných zařízení musí splňovat určitá kritéria, jako je rozsah, dostupnost nebo provázanost složek. Současný systém péče v České republice⁵¹ lze považovat za vyhovující - je poměrně dostupný, komplexní, pružně reaguje na potřeby a možnosti specifických cílových skupin. Během posledních let se do centra pozornosti staví výrazná snaha o vzájemnou návaznost a koordinovanost jednotlivých stupňů služeb, čímž je zaručena kontinuita léčby.

Mezi jednotlivé složky systému péče o osoby zneužívající nealkoholové drogy patří:

- **Terénní programy**

Terénní programy jsou nízkoprahovou službou, vycházející z principů ochrany veřejného zdraví a „harm reduction“. Cílovou skupinou terénní práce jsou riziková jedinci, kteří nejsou efektivně zachycováni jinými institucemi, často se mluví o tzv. skryté populaci. Vyškolení pracovníci (streetworkeri) obvykle přímo na ulici oslovují potenciální klienty a nabízejí

⁴⁹ srov. Skála, J. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 91

⁵⁰ např. Skála, Urban, Rubeš, Kubička, Nešpor aj.

⁵¹ Přehled léčebných programů v ČR v roce 2006 uvádí Příloha F.

informace, sociální a zdravotní poradenství, výměnu injekčního materiálu, krizovou intervenci apod.⁵²

- **Nízkoprahová kontaktní centra**

Kontaktní centra jsou místem, které poskytuje základní odbornou pomoc uživatelům drog, kteří nejsou dostatečně motivováni k léčbě. Stejně jako u terénních programů je i zde nabízeno zdravotní, sociální a právní poradenství, výměnný program a krizová intervence. Kontaktní centra však nabízejí také další služby, které není zpravidla možné provádět přímo na ulici, jako je hygienický a potravinový servis, terapeutické a motivační programy nebo výchovné a vzdělávací aktivity, přičemž je respektováno právo klienta na anonymitu i rozhodnutí pokračovat v drogové kariéře. Pracovníci kontaktních center jsou většinou lidé různých pomáhajících profesí, na jejichž kvalifikaci, dovednosti a průběžné vzdělávání jsou kladeny vysoké nároky.

- **Ambulantní péče**

Ambulantní péče o závislé je nejčastěji prováděna v lékařských ordinacích AT. Tato služba je dostupná všem, kteří potřebují řešit drogový problém, ale jejich psychický a somatický stav nevyžaduje hospitalizaci či ústavní léčbu. Ambulantní léčba by vedle farmakoterapie měla nabízet také individuální, skupinovou a rodinnou terapii, zdravotní edukaci a sociální práci.

- **Denní stacionáře**

Činnost denních stacionářů se pohybuje na rozhraní ambulantní a ústavní péče. Podstatou intenzivní léčby v denních stacionářích je strukturovaný program, který má tyto charakteristiky: „přesný časový rozvrh, soubor pravidel, která stanoví podmínky léčby a definují žádoucí a nežádoucí chování účastníků programu včetně případných sankcí, vyvážená skladba programu: skupinové terapeutické aktivity, aktivity pracovní,

⁵² srov. Hrdina, P., Korčíšová, B. in: Kalina, K. a kol, 2003b, s. 161 - 162

aktivity sportovní, kulturní, klubové apod., rozsah minimálně 20 hodin týdně rozvržený do 5 pracovních dnů⁵³. Důležitou podmínkou pro nástup do tohoto programu je schopnost jedince být sám za sebe zodpovědný, dobré sociální zázemí a přijatelný stupeň psychického a fyzického poškození způsobeného užíváním drog. Cílem denních stacionářů je dosáhnout pozitivní změny v oblasti sebepojetí, v mezilidských vztazích klienta, zlepšení sociálního fungování a osvojení základních dovedností potřebných pro život bez drog. Tato forma léčby klade na klienta mnoho nároků, ale bývá velmi přínosná, neboť učí vyhýbat se rizikovým situacím v přirozeném prostředí již během léčebného procesu.

- **Detoxifikace**

Detoxifikační jednotky existují buď samostatně, nebo jsou součástí některého léčebného zařízení. Smyslem detoxifikace je „zbavit organismus návykové látky a pomoci pacientovi překonat možné odvykací příznaky. To se může dít buď bez použití léků (někdo v takovém případě hovoří o detoxikaci), nebo za farmakologické podpory.“⁵⁴ Většinou se během několikadenního pobytu na detoxifikačním oddělení využívá psychoterapeutické práce, motivačních tréninků, sociální a rodinné intervence a zdravotního poradenství. Absolvování detoxifikace je často podmínkou pro nástup do rezidenční léčby.

- **Krátkodobá a střednědobá ústavní léčba**

Krátkodobá léčba trvá maximálně tři měsíce, mezi střednědobé programy počítáme pobyty v délce přibližně šesti měsíců.⁵⁵ Nejčastěji je tento typ léčby poskytován na půdě nemocnic nebo psychiatrických zařízení, z čehož vyplývá její zdravotnický charakter. Vzhledem ke struktuře a náplni těchto programů je však vyžadován mezioborový přístup

⁵³ Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 179

⁵⁴ Nešpor, K., Csémy, L., 1996, s. 39

⁵⁵ Délku léčby je třeba přizpůsobit individuálním potřebám klienta – viz „matching“, kapitola 2.2.

(tj. multidisciplinárnost týmu). Ústavní léčba je indikována u těch klientů, kterým z různých důvodů nepostačuje léčba ambulantní nebo denní – nespornou výhodou ústavní léčby je vytržení klienta z jeho přirozeného prostředí a tím zabránění kontaktu s návykovou látkou.

Terapie probíhá v léčebném uspořádání, pro které je modelem tzv. Apolinářský model⁵⁶ založený na principech terapeutické komunity. Základem takové léčby je pevná struktura programu s režimem. Strukturován je nejen celkový pobyt, ale také každý den (časový rozvrh) a týden. Klient prochází během celé léčby několika fázemi, jež jsou od sebe výrazně odděleny, a musí dodržovat určitá pravidla, za jejichž porušování jsou udělovány sankce. Důležitá je snaha o komplexnost programu, tedy využívání psychoterapie, zdravotnických postupů, sociální péče, pracovní terapie a edukativních přístupů.

Střednědobé léčby směřují k abstinenci jako k prostředku k vyšší kvalitě života a k co nejkompletnějšímu znovupřevzetí původních životních rolí, přičemž dílčí cíle jsou velmi individuální.⁵⁷

• **Rezidenční léčba v terapeutické komunitě**

Terapeutické komunity poskytují středně- a dlouhodobou péči trvající průměrně od šesti do osmnácti měsíců, určenou především klientům s dlouhou a těžkou drogovou kariérou a s mnoha psychosociálními problémy. Terapeutickou komunitou se podrobně zabývám v dalších částech této práce, proto ji v této kapitole uvádím pouze pro úplnost.

• **Následná péče**

Následná péče je určena osobám, které již nějakou dobu abstínují (tzn. absolvovali léčbu⁵⁸), a jsou dostatečně motivované k udržení abstinence a

⁵⁶ Podle prvního specializovaného lůžkového oddělení pro studium a léčbu alkoholismu, založeného roku 1948 při psychiatrické klinice LF UK – Apolinář. Tento model do praxe zavedl Jaroslav Skála, proto se někdy hovoří o tzv. Skálově modelu.

⁵⁷ srov. Dvořáček, J. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 195

⁵⁸ Následná péče bývá poskytována i klientům, kteří neprošli žádnou z forem odborné intervence. Domnívám se však, že více účinné je přijímat do tohoto programu pouze ty klienty, kteří mají za sebou některý typ léčby (minimálně ambulantní).

znovuzařazení do běžného života. Cílem následné péče je tedy upevnit změny, které u klienta nastaly během léčby a vytvořit podmínky pro abstinenci, s čímž samozřejmě souvisí i sociální reintegrace klienta a stabilizace životního stylu.

Rezidenční léčbou totiž zdaleka nekončí cesta za plnohodnotným životem bez drog. Klienti ukončivší standardní léčebný program se mnohdy ocitají na samém počátku uplatňování všech potřebných změn a výsledků léčby, a bez dostatečné pomoci a podpory je pro ně nesmírně obtížné najít své místo ve světě. Veškeré doléčovací programy proto považují za velmi důležitou a neopomenutelnou složku systému péče o drogově závislé.

Mezi hlavní složky programu následné péče patří⁵⁹: psychoterapie, prevence relapsu, sociální práce, lékařská péče, práce s rodinnými příslušníky, zaměstnání, chráněná pracovní místa a rekvalifikace a nabídka volnočasových aktivit.

- **Svépomocné programy**

Svépomocné organizace vznikají jako sdružení lidí se stejným typem problémů (popř. ocitajících se v podobné, složité životní situaci), jejichž účelem je vzájemná pomoc a podpora. V oblasti drogových závislostí se se svépomocnými aktivitami setkáváme jako s formou intervence určenou uživatelům drog, kteří se pokouší abstinovat nebo redukovat rizika spojená se zneužíváním drog⁶⁰. Většinou se doporučuje kombinovat účast ve svépomocných programech s profesionální léčbou - svépomocné organizace mohou hrát svou roli jak při prvních pokusech o řešení drogového problému, tak při doléčování, ale samy o sobě jako jediná léčebná intervence nepostačují. O efektivitě svépomoci však nelze pochybovat.

Killieová⁶¹ shrnuje tyto základní charakteristiky svépomocných skupin: 1. společná zkušenost členů, 2. vzájemná pomoc a podpora, 3. uplatňování

⁵⁹ srov. Kuda, A. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 209 - 210

⁶⁰ srov. Vobořil, J., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 84

⁶¹ Killieová, 1976, cit. podle Heller, J., Pecinová, O., 1996, s. 108 - 109

tzv. „principu pomáhajícího“ (ten, kdo poskytuje pomoc, nejvíce profituje – podporuje ho to v žádoucím jednání), 4. uplatňování teorie „přidružování se“ (k novému chování) prostřednictvím „odlišování se“ (od původního chování), 5. kolektivní vůle, energie a víra, 6. význam informací, 7. konstruktivní jednání ve vztahu ke sdíleným cílům.

Pravděpodobně nejznámější svépomocnou organizací je celosvětové hnutí Anonymní alkoholici (AA), z jehož principů vychází Anonymní narkomané (NA). Společenství AA bylo založeno již v roce 1935 ve Spojených státech a jako první začalo pracovat s duchovními aspekty vzniku, rozvoje a léčby závislostí. Nejspíše právě přiznaná bezmocnost vůči závislosti a snaha o přesah k něčemu božskému je příčinou obrovské účinnosti proslulých „Dvanácti kroků“⁶². Důraz kladený na spiritualitu efektivně doplňuje bio-psycho-sociální pojetí závislosti v souladu s aktuálními poznatky o touze po absolutnu jako jednoho z faktorů vzniku závislosti na drogách.

- **Substituční léčba**

Substituce je udržovací terapeutický postup, při kterém je původně užívaná návyková látka nahrazena látkou – lékem s výhodnějším bezpečnostním profilem (tj. se známou koncentrací, s delším účinkem, užívanou perorálně a podávanou v souladu se zákonem o zacházení s omamnými a psychotropními látkami).⁶³ Substituční léčba je indikována především u klientů závislých na drogách opiátového typu, neboť právě tyto látky patří mezi nejnebezpečnější z mnoha hledisek. Substituční léčba může probíhat po omezenou dobu v rámci ambulantní či ústavní péče jako příprava na plnou abstinenci, nebo dlouhodobě. Dlouhodobá substituce umožňuje klientům vést „normální“ kvalitní život díky potlačení abstinenčních příznaků a zlepšování psychického i somatického stavu.

⁶² viz Příloha G

⁶³ srov. Popov, P. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 221

Cílem této formy léčby je tedy omezit injekční aplikaci ilegálních drog, snížit výskyt kriminálního chování a umožnit vést plnohodnotný život směřující k abstinenci⁶⁴. Mezi prostředky užívané jako substituční lék u závislosti na opiátech řadíme zejména metadon a subutex, dále pak naltrexon, buprenorfin aj.⁶⁵ V současné době však odborníci řeší problém spojený s předepisováním subutexu – díky jeho dostupnosti se s ním obchoduje na černém trhu a pro některé mladistvé se dokonce stává primární drogou.

Všemi složkami léčebné intervence určené uživatelům drog prolínají různé formy psychoterapie. Jelikož tato specifická pomoc a podpora hraje podle mého názoru klíčovou úlohu při léčbě závislých, věnuji základním psychoterapeutickým přístupům následující podkapitulu.

2.4 Vybrané psychoterapeutické přístupy užívané při léčbě drogově závislých

Metodu psychoterapie můžeme obecně chápat jako „léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky“⁶⁶, které napomáhá harmonickému rozvoji osobnosti. Jejím cílem je nejen odstranění chorobných symptomů, ale hlavně změna, ať již celkového životního zaměření, osobnostních charakteristik, stereotypů a postojů, nebo patologických návyků a zafixovaných scénářů užívaných v mezilidských

⁶⁴ U některých klientů bohužel chybí motivace k zahájení léčby orientované k abstinenci bez substituce, a tak jsou po celý život odkázáni na metadon a jiné léky (např. klienti s AIDS, s příliš vysokou tolerancí vůči droze apod.).

⁶⁵ V některých zemích (Velká Británie, Švýcarsko) existuje pozitivní zkušenost s podáváním heroinu lékařem na předpis. Důvodem pro tyto experimenty byla snaha zamezit šíření viru HIV, omezit kriminalitu a další problémy související s nelegálním získáváním a aplikací drogy. Výsledky těchto postupů byly vesměs příznivé.

⁶⁶ srov. Kratochvíl, S., 1997, s. 14

vztazích. Kratochvíl⁶⁷ uvádí tyto základní znaky psychoterapeutického působení:

- **záměrné a plánovité využívání psychologických prostředků,**
- **působení na psychiku a prostřednictvím psychiky na celý organismus,**
- **úkolem je odstranit nebo zmírnit potíže a odstranit i jejich příčiny, pokud je to možné,**
- **v průběhu působení dochází ke změnám v prožívání a chování klienta,**
- **psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba.**

V léčbě drogových závislostí mají své místo všechny druhy psychoterapie, nejčastěji se využívá kombinace individuální, skupinové a rodinné. Podle odborníků⁶⁸ má psychoterapie závislostí čtyři klíčové prvky:

1. změny nebo modifikace takového chování, které není slučitelné s abstinencí,
2. učení se pozitivním sociálním hodnotám a dovednostem, které jsou podporou v práci, studiu a rodinném životě,
3. podněcování a podporování činností, které napomáhají průběžnému poznávání sebe sama, osobnímu růstu a rozvoji mezilidských vztahů,
4. podporování aktivního, zvědavého postoje prostřednictvím modelování rolí a příležitostí k učení.

Psychoterapie je interdisciplinárním oborem, který nedisponuje jednotnou teorií či paradigmatem, ale zahrnuje řadu odlišných přístupů, z nichž každý má své specifické metody. Protože podrobný popis všech užívaných psychoterapeutických přístupů není cílem této práce, omezují se pouze na stručný přehled některých z nich.

⁶⁷ tamtéž, s. 13 - 14

⁶⁸ Podle Sborníku PF UK: Problematika zneužívání návykových látek, 1995, srov. Miovský, M., Bartošíková, I. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 26

2.4.1 Psychodynamické přístupy

Všechny psychodynamické přístupy mají ve svém základu psychoanalýzu, kterou rozpracoval na počátku minulého století Sigmund Freud. Přestože jeho teorie byla několikrát modifikována, některé poznatky zůstávají aktuální dodnes. Psychoanalýza obecně nebývá považována za příliš efektivní při léčbě závislých jedinců: „...psychoanalytickou terapii nemůžeme doporučit v nezměněném stavu jako *ústřední* formu léčby závislosti“⁶⁹, nicméně určité její prvky mohou být při pochopení příčin a faktorů udržování závislého chování užitečné. Jak již bylo zmíněno, některé faktory přispívající ke vzniku závislosti mají svůj původ v dětství a rodinné výchově, a právě psychoanalýza se těmito potenciálními příčinami pozdějšího maladaptivního chování zabývá.

Psychoanalytická terapie se soustředí především na *odkrývání minulých zážitků*, které mají za následek psychopatologické problémy jedince v současnosti. V tomto ohledu může být pro terapeuta i klienta přínosné vysledovat tyto nevědomé, vytěsněné konflikty a přání a umožnit jejich zpracování. Odkrytí konfliktů, které mohou být příčinou návykového chování, ale v žádném případě neznamena odstranění závislosti a je třeba s nimi dále intenzivně pracovat.

Se skrytými příčinami vzniku a rozvoje závislostí úzce souvisí další psychoanalytický pojem, a to *obranné mechanismy*. Mohou hrát roli jako forma odstranění úzkosti způsobené určitou frustrací nebo jako zdůvodnění relapsů a recidiv. Pokud terapeut takový mechanismus u klienta odhalí, může jej opatrně interpretovat a pomoci tak klientovi přiměřeně se s danou situací vyrovnat, aniž by docházelo k dalším patologickým reakcím.

Psychoanalytici užívají během terapeutického procesu specifické metody, které by měly klienta přivést k tzv. *vhledu* (náhledu na nevědomou motivaci). Zvláště v počátcích léčby, při práci s nedostatečně motivovaným klientem popírajícím problém, se jeví užitečná metoda *konfrontace*, tedy

⁶⁹ Keller, D. S. in: Rotgers, F. a kol., 1999, s. 75

poskytnutí přímé, objektivní zpětné vazby. Jinou metodou typickou pro analýzu je *interpretace* neboli objasňování, tj. přidělování psychologickým jevům význam a příčinné souvislosti⁷⁰. Při práci se závislými by terapeut měl vždy ověřovat platnost a správnost své interpretace a v žádném případě ji klientovi nevnučovat, ale spíše jen nabízet⁷¹, neboť špatně podané objasnění problému může mít velmi nepříjemné důsledky.

Další důležitý přínos psychoanalýzy, a to nejen pro léčbu závislostí, ale pro terapeutické působení obecně, spočívá v objevení tzv. *přenosu*. Tento jev lze v širším smyslu definovat jako „...nerealistické opakování jakýchkoliv emočně podbarvených vztahů a zkušeností z minula ve vztazích současných“⁷². Analýza přenosových a protipřenosových⁷³ tendencí může pomoci rozpoznat klientovy specifické vzorce jednání v mezilidských interakcích.

Některé prvky Freudovy teorie jsou však pro léčbu drogově závislých nepoužitelné. Mám na mysli zejména přehnaný důraz kladený na psychosexuální či sexuální složku osobnosti, přeceněný význam pudů a také již zmíněné radikální interpretace nepřipouštějící jiná vysvětlení daného jevu. Těchto částí psychoanalytické koncepce by se dle mého názoru měl terapeut pracující s uživateli drog spíše vyvarovat.

Z psychoanalýzy vychází mnoho dalších psychoterapeutických škol, které významnou měrou přispívají k odhalování fenoménů spojených se syndromem závislosti.

Individuální psychoterapie Alfreda Adlera zdůrazňuje potřeby jedince začlenit se do společnosti a v této společnosti se prosadit (sebeuplatnění). Pokud se nedaří tyto tendence uspokojit, dochází

⁷⁰ srov. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., 1999, s. 42

⁷¹ V současné době se od interpretací poskytovaných pouze terapeutem spíše upouští, klient je veden k tomu, aby dokázal své jednání a prožívání interpretovat sám.

⁷² Kratochvíl, S., 1997, s. 204

⁷³ Protipřenos znamená, že terapeut (nebo jiná osoba) na klientův přenos nějakým způsobem reaguje, tj. promítá do něho své vlastní problémy, konflikty a potlačená přání. Pomocí odpovídajícího výcviku, supervize a náhledu lze tuto komplikaci překonat.

k frustracím a rozvíjí se *pocit méněcennosti*⁷⁴, jež může mít za následek neadekvátní řešení – útěk do nemoci, tj. drogové závislosti. Díky závislosti se pak člověk stává jaksí nadřazeným ostatním – vyžaduje péči, pozornost apod. a daří se mu vyhýbat situacím, ve kterých by prožíval pocity bezcennosti a nedostačivosti. Pro terapeutickou intervenci navrhuje Kratochvíl⁷⁵ tři hlavní zásady: a) poznat pacientův nerealistický životní plán, b) vést pacienta ke změně životního stylu a c) dodávat mu odvalu (týká se konstruktivního řešení reálných životních úkolů).

Na psychoanalytickou teorii navázali mimo jiné i představitelé proudu **dynamické a interpersonální psychoterapie** (např. Karen Horneyová, Harry Sullivan, Franz Alexander aj.). Také jejich koncepce pracují s bazálními konflikty a frustracemi. „Dynamická psychoterapie zkoumá interpersonální vztahy a současné (aktuální) konflikty pacienta, v nichž lze často odhalit důsledky maladaptivního sociálního chování pacienta, který si tímto chováním konflikty spoluvytváří, zhoršuje nebo opakuje.“⁷⁶ Cílem dynamické terapie je klientovo uvědomění si vlastního podílu na svých problémech a souvislosti současného chování či prožívání s dřívějšími zážitky. Klient by měl prostřednictvím léčby porozumět charakteru svého patologického, iracionálního jednání (náhled) a dosáhnout změny díky *korektivní emoční zkušenosti*⁷⁷. Pro práci s drogově závislými jsou postupy dynamické a interpersonální psychoterapie přínosné zejména z toho důvodu, že tito klienti často trpí emoční nezralostí, mají vážné potíže v mezilidských vztazích díky svému asociálnímu chování a nejsou schopni své nepřijatelné reakce sami korigovat.

⁷⁴ Uspokojivé řešení pocitu méněcennosti spočívá v tzv. kompenzaci, tj. jedinec se snaží tento komplex překonat, což přispívá k bezproblémovému rozvoji osobnosti.

⁷⁵ srov. Kratochvíl, S., 1997, s. 35

⁷⁶ tamtéž, s. 41

⁷⁷ Korektivní emoční zkušenost je ústřední pojem teorie F. Alexandra. Klient prostřednictvím terapeutovy zpětné vazby získává náhled na emoční zážitky a psychoterapie probíhá jako proces emoční převýchovy. Srov. Kratochvíl, S., 1997, s. 47

Mezi nejmodernější proudy analytického hnutí počítáme především egopsychologii a psychologii objektních vztahů.

Egopsychologie klade důraz na úkol ega adaptovat se v sociálním prostředí a zvládat realitu, což se drogově závislým samozřejmě nedaří. K egopsychologům bývá někdy řazen také Erik Erikson, proslulý svým popisem vývojových stádií a s nimi souvisejících psychosociálních krizí, jejichž neovládnutí je pro vznik a rozvoj závislosti více než podstatné.

Psychologie objektních vztahů, reprezentovaná Otto Kernbergem, je zajímavá svým pojetím interpersonálních vztahů jedince a s nimi spojených afektů jako důležitého činitele vývoje. Člověk zvnitřňuje nejen emotivně zabarvené vztahy s druhými lidmi, ale i určitou představu o sobě samém. Právě díky ovlivnění subjektivními pocity nemusí být tato reprezentace vnějšího světa realistická, což způsobuje značné problémy v sociální integraci jedince, a vytváří tak „ideální“ podmínky pro rozvoj závislého chování.

Přestože vidíme určité přínosy psychodynamických terapeutických systémů pro léčbu drogově závislých, nelze je aplikovat samostatně. V praxi bylo ověřeno, že účinnost psychoanalýzy u klientů s diagnózou závislosti není velká. Nalezení skrytého bazálního konfliktu nebo uvolnění emočního napětí nestačí ke změně celkového životního stylu, ale je pouze jedním krokem na cestě k vyléčení. Proto bývá kombinována s jinými přístupy, nejlépe s kognitivně-behaviorální terapií, kdy je dosahováno abstinence pomocí kognitivně-behaviorálních technik a psychodynamická terapie přichází v pozdějších fázích léčby (např. rozvinutí a analýza přenosových vztahů, interpretace nevědomých konfliktů v případě ohrožení abstinence atd.)⁷⁸.

⁷⁸ srov. Keller, D. S. in: Rotgers, F., 1999, s. 76 - 78

2.4.2 Kognitivně-behaviorální přístupy

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) je velmi populární a tradiční součástí léčby závislostí. Techniky KBT jsou oblíbené zejména pro svůj pověstný „tah na bránu“ a vysokou účinnost.

Behaviorální teorie nahlíží na závislost jako na produkt sociálního učení a soustředí se hlavně na zjevné, pozorovatelné chování. Zneužívání drog je vysvětlováno jako „sociálně získaný, naučený způsob chování, které je udržováno četnými předchozími podněty a následně posilováno faktory, které mohou být psychologické, sociologické nebo fyziologické povahy“⁷⁹. Vliv biologických faktorů a myšlení ustupuje do pozadí. Pokud je návykové chování naučené, je možné jej měnit prostřednictvím odnaučení či přeučení, tj. přímé změny jednání. K technikám behaviorální terapie proto patří různé nácviky, tréninky, desenzibilace, averzivní terapie aj. Behaviorální přístup je typický také pečlivou přípravou plánu léčby a soustavným vyhodnocováním jeho úspěšnosti.

Naopak **kognitivní přístupy** se zaměřují hlavně na klientovy iracionální názory, postoje a myšlenky, které jsou základem patologického chování. Při léčbě závislostí se pracuje na změně takového myšlení, které závislost udržuje, čímž se automaticky mění i pocity a chování klienta. Nejznámějším modelem kognitivní teorie je racionálně emoční terapie Alberta Ellise, který zavedl schéma ABC⁸⁰. Cílem této terapie je změnit iracionální přesvědčení (B), aby mohla být vypracována nová, efektivní životní filosofie. „Klienti a terapeuti spolupracují na zvyšování stupně klientova uvědomění, které přechází od dětského, vyžadujícího a absolutistického způsobu myšlení k logickému, empirickému a pravděpodobnostnímu způsobu zpracování informací, který charakterizuje

⁷⁹ Pita, D. D., 2000, s. 34

⁸⁰ A (*activating event*) – aktivující vnější podnět, B (*belief system*) – soubor názorů, přesvědčení, postojů, C (*consequences*) – emočně zabarvený důsledek. Později byl tento model doplněn o D – diskuse, E – efektivní nová filozofie a FG – základní cíle.

zralé dospělé osoby...“⁸¹. Odhalování a změna dysfunkčního myšlení, které může být základem závislého chování, probíhá pomocí různých psychoedukačních technik, racionálních diskusí (využívání konfrontací, interpretací, argumentací a logických otázek) apod.

Kognitivně-behaviorální terapie je výsledkem vzájemného obohacení a propojení dvou výše popsaných systémů. Vychází se z předpokladu, že „kognitivní procesy jsou rozhodující pro udržení a změnu složitého chování dospělého jedince“⁸². Cílem léčby založené na KBT je tedy uvědomění si svých iracionálních myšlenkových vzorců a porozumění z nich plynoucímu dysfunkčnímu jednání. Terapeut prostřednictvím kognitivně-behaviorálních technik vede klienta k náhledu a poskytuje příležitost k učení.

Podle Kratochvíla⁸³ k hlavním rysům tohoto kombinovaného přístupu patří:

- krátkost a časová omezenost,
- základem vztahu mezi terapeutem a klientem je otevřená a aktivní spolupráce,
- východisko v teoriích učení,
- zaměření na přítomnost, na konkrétní ohraničené problémy a na to, co je pozorovatelné a vědomé,
- stanovení konkrétních funkčních cílů,
- směřování k soběstačnosti klienta a důraz na „vědeckost“ – získávání dovedností, zvyšování sebehodnocení a sebedůvěry, sbírání konkrétních fakt, prověřování závažnosti problémového chování atd.

Je tedy zřejmé, že úspěšné kombinování kognitivních a behaviorálních strategií je při léčbě závislostí efektivnější než jednostranná orientace pouze na chování a učení nebo přesvědčení a postoje. Léčba v tomto pojetí spočívá v důkladném rozboru klientových schopností, dovedností, emočních reakcí

⁸¹ Prochaska, J. O., Norcross, J. C., 1999, s. 264

⁸² tamtéž, s. 237

⁸³ srov. Kratochvíl, S., 1997, s. 76 - 77

a myšlenkových procesů, na což navazuje výběr léčebných technik, jejichž cílem je destruktivní prožívání a jednání změnit.

Podle Kellera⁸⁴ jsou kognitivně-behaviorální techniky užitečné hlavně v kombinaci s psychoanalytickými přístupy. Zatímco KBT je uplatňována zejména v počátečních a středních fázích léčby, psychodynamická orientace je důležitá spíše v pokročilejších stádiích. Autor zdůrazňuje užitečnost didaktických a psychoedukativních metod při prevenci relapsu. Úkolem modelů prevence relapsu je identifikace jevů podporujících závislost – rizikových situací a maladaptivních myšlenkových procesů působících v průběhu života a zvyšujících pravděpodobnost návykového chování – a práce na jejich úspěšném zvládnutí. Pomocí kognitivně-behaviorálních přístupů lze rozvíjet schopnosti a dovednosti klienta potřebné k minimalizaci rizik i k pochopení povahy touhy po droze (cravingu), čímž se přibližujeme k cíli – dosažení a udržení abstinence.

2.4.3 Humanistické přístupy

Všechny humanistické přístupy vnímají člověka jako výjimečného a jedinečného, proto se jim někdy říká „na člověka zaměřené“. Základní premisou je, že každý jedinec směřuje k sebeuskutečnění (sebeaktualizaci, seberealizaci) nebo sebepřesahu (sebetranscendenci). Klient je svobodnou bytostí s tendencí k osobnímu růstu a stálému rozvoji, přičemž je schopen stanovených cílů za příznivých podmínek dosáhnout. Společným jmenovatelem humanistických psychoterapií je optimistický pohled na člověka a důvěra v jeho schopnosti. Úkolem psychoterapie je tedy schopnosti klienta rozvíjet, vytvořit vhodné podmínky k tomu, aby pochopil své vnitřní zážitky, dokázal projevit své pocity a mohl tak uskutečňovat své životní poslání.

Mezi hlavní představitele humanistických přístupů patří Viktor Frankl, Carl Rogers a Abraham Maslow. Těžiště těchto teorií leží v jejich orientaci

⁸⁴ Keller, D. S. in: Rotgers, F., 1999, s. 78 - 79

na realizaci osobního potenciálu klienta a dosahování cílů, které jedince přesahují. Právě zaměření na sebeaktualizaci či sebetranscendenci může být přínosné pro léčbu závislostí.

V souladu s Franklovou teorií o existenciální frustraci můžeme chápat vznik a rozvoj závislosti jako důsledek existenciální prázdnoty a pochybování o smyslu života. Pomocí **logoterapie** lze přivést klienta k hledání a nalezení vlastního, osobního životního smyslu (ať již prostřednictvím uskutečňování vnějších nebo vnitřních hodnot) a dosažení sebetranscendence díky překročení úzkého zaměření sama na sebe. Nalezení smyslu klientova bytí ve světě může znamenat velký obrat v jeho léčbě.

Podle **Rogersovské psychoterapie** můžeme vidět příčinu závislého chování v rozporu mezi reálným a ideálním já, tj. tím, jak klient sám sebe vnímá a hodnotí, a tím, jaký by chtěl být, co považuje za žádoucí a správné. Diskrepance mezi reálným a ideálním já vyjadřuje míru nespokojenosti jedince se sebou samým, což vede k pokusům tyto nepříjemné pocity zmírnit a přiblížit se ideálu. Prostředkem, který jedinci umožní vidět sám sebe tak, jak si vždy přál, může být droga a její účinky. Cílem terapie je umožnit klientovi stát se kongruentním, tedy snížit stupeň nespokojenosti a subjektivně prožívané zátěže pomocí uvolnění existujících možností klienta. Léčba probíhá pomocí vzájemného setkání dvou (nebo více) lidí, přičemž na terapeuta jsou kladeny značné nároky týkající se jeho osobnostních kvalit: „Terapeut svým akceptujícím, empatickým a autentickým chováním vytváří prostor, který skýtá pacientovi bezpečí, uvolňuje jeho autosanační a růstové vnitřní síly“⁸⁵. Bezpečná atmosféra umožňuje klientovi otevřít se vnějšímu světu, dochází k sebeexploraci, tj. otevírání svého nitra, objasňování a porozumění subjektivním prožitkům, přáním, zkušenostem apod. Na základě tohoto procesu klient opravuje své sebepojetí, začíná sám sebe více akceptovat, a stává se přizpůsobivějším a zralejším ve všech životních situacích.

⁸⁵ Vymětal, J., 1996, s. 31

Pochopení vnitřních zážitků jedince a schopnost je ovládat je ústředním bodem i Maslowovy **humanistické psychoterapie**. Terapeutický proces probíhá jako podporování klienta v duchovním růstu a aktivizaci veškerého jeho potenciálu. Cílem terapie je dosažení nezávislosti bez ztráty schopnosti prožívat hluboké vztahy. Klient se stává tvořivým, odpovědným člověkem, který směřuje k sebetranscendentním cílům.

Maslow je autorem velmi oblíbené vývojově uspořádané hierarchie potřeb (motivů). Lidské potřeby rozděluje do dvou skupin na nedostatkové a růstové, přičemž vyšší potřeby mohou být dostatečně motivující pouze tehdy, jestliže již byly uspokojeny potřeby nižšího řádu. Pita⁸⁶ využívá této hierarchie k plánování léčby závislých – léčebný proces by se měl vždy soustředit na záležitosti, které jsou relevantní vzhledem k aktuální úrovni klientových potřeb. Maslowovo schéma doplněné o terapeutické prostředky pak vypadá takto:

1. fyziologické potřeby - *detoxifikace*
2. potřeba bezpečí – *abstinence*
3. potřeba někam patřit a být milován – *sounáležitost a láska, identifikace se skupinou*
4. potřeba ocenění druhými, kladného sebehodnocení a sebeúcty – *přijetí sama sebe jako abstinujícího člověka*
5. potřeba sebeaktualizace – *osobní naplnění života*

2.4.4 Gestalt terapie

Frederick Perls, zakladatel Gestalt neboli tvarové psychoterapie, vychází ve své teorii z humanistických, dynamických a holistických přístupů. V centru pozornosti Gestalt terapie stojí prožívání a vyjadřování aktuálních emocí v jejich celistvosti. Klient je veden k uvědomování si svých psychických zážitků, k přijmutí odpovědnosti za své tělesné a duševní

⁸⁶ srov. Pita, D. D., 2000, s. 70

projevy. Lidé nemají ve zvyku chovat se autenticky, v souladu se svým vnitřním prožíváním, čímž se vyhýbají úzkosti. Terapeut svým chováním provokuje a zneklidňuje klienta s cílem odhalit tlumené nepříjemné city a odstranit maladaptivní mechanismy.

Hlavním prostředkem k vyjádření skrytých myšlenek a emocí je jejich verbalizace pomocí různých technik postavených na principu „tady a teď“. Tento přístup je velmi důležitý při léčbě závislých jedinců – metody Gestalt terapie umožňují otevřít a nahlédnout klientovy falešné role a hry užívané jako konvenční formy sociálního styku k zakrytí svých skutečných emočních a myšlenkových procesů. Navenek projevovaná bezmocnost, nesamostatnost, vztek apod. je pouze řešením tzv. slepé uličky⁸⁷, tj. bodu, ve kterém klient při svém zrání uvízl. Závislým chováním se snaží přimět své okolí, aby o něho pečovalo a ochraňovalo jej, a používá k tomu různé ovládací strategie. Expresivní, zážitková terapie odhaluje jakékoli snahy o manipulaci a snaží se klienta přivést k hlubšímu sebeuvědomění a k přijetí odpovědnosti za sebe a své jednání. Techniky Gestalt terapie orientované na přítomnost jsou při práci se závislými velmi oblíbené pro svůj okamžitý účinek.

2.4.5 Transakční analýza

Obrovský přínos pro léčbu uživatelů drog má také teorie Erica Berneho a jeho pokračovatelů. Berne vyzdvihl potřebu mezilidského kontaktu („pohlazení“) pro zdravý vývoj dětí i dospělých.⁸⁸ Každý člověk doslova hladoví po podnětech, a právě důvěrné vztahy poskytují nejvhodnější formu uspokojení. Ve vztazích a společenském styku vůbec se pak vlivem interakcí utváří osobnost jedince.

⁸⁷ srov. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., 1999, s. 140

⁸⁸ Kromě potřeby podnětů a uznání označil Berne jako stěžejní také potřebu struktury a potřebu vzrušení. Neuspokojení těchto potřeb může mít za následek hledání cest k jejich naplnění mimo mezilidské vztahy, například v drogách (poskytují dostatek vzrušení a pomáhají prožít čas zajímavým, nikoli nudným způsobem).

V jádru osobnosti každého jedince nalézáme tři různé stavy ega – stav *dítě*, *rodič* a *dospělý*. „Dítě“ je pozůstatkem vnitřních duševních stavů člověka z dětství, je zvědavé, tvořivé, spontánní, ale i protestující, bezmocné nebo provinilé. „Rodič“ se skládá ze všech možných příkazů, zákonů a pravidel, které dítě slýchává od významných dospělých. Oproti tomu stav „dospělý“ je typický jednáním na základě vlastní zkušenosti, jednáním logickým a realistickým, bez zatížení emocemi. Tyto stavy ega se projevují zejména při komunikaci s druhými lidmi (transakci⁸⁹). Jedinec používá komunikační prostředky ve shodě s tím, který stav ega u něho právě převládá. Podle toho, jak je tento stav komplementární se stavem druhého účastníka interakce, označujeme transakce rovnoběžné (dospělý – dospělý, rodič – dítě) a zkřížené (podnět směřuje od dospělého k dospělému, reakce však probíhá od rodiče k dítěti apod.). Zkřížené transakce jsou nejen základem mnoha nedorozumění, ale také závažných problémů v mezilidských vztazích. Ustrnutí v neadekvátním stavu nebo neschopnost jednotlivé stavy rozlišit může znamenat neschopnost komunikace s druhými, následkem je osamělost a izolace vedoucí k patologickému jednání. Stejně tak pokud osoby v okolí dítěte nepoužívají odpovídající ego-stav ve vzájemných transakcích nebo volí hry⁹⁰ jako ústřední prostředek komunikace, dochází ke zmatku a škodlivému vývoji osobnosti.

V dětství je pod vlivem transakcí a uspokojování či neuspokojování potřeb utvářen životní plán neboli *životní scénář*, skládající se z postoje k sobě a postojů k ostatním lidem. Jedinou zdravou variantou tohoto scénáře je „já jsem OK, vy jste OK“. Mezi maladaptivní životní postoje pak patří: „já jsem OK, vy nejste OK“ (sociopatologické tendence), „já nejsem OK, vy jste OK“ (méněcennost a sebepodceňování) a „já nejsem OK, vy nejste OK“

⁸⁹ Transakce je Berneho termín označující komunikaci mezi lidmi, odtud také název jeho teorie – transakční analýza.

⁹⁰ „Hra“ je dalším důležitým pojmem transakční analýzy. Jedná se o sled na sebe navazujících transakcí zčásti zjevných a zčásti skrytých, s určitými nástrahami. Jsou typické neupřímností, nečestností a manipulativním charakterem. Srov. Kratochvíl, S., 1997, s. 241

(deprese, regrese, sebedestruktivní chování). Součástí terapie je rozpoznání, zda přijatý scénář odpovídá skutečnosti a zda není potřebná jeho revize.

Právě odhalení, analýza a změna škodlivého životního plánu může být důležitým krokem při léčbě závislostí. K sebedestrukci vedou tři typy scénářů – bez lásky (deprese), bez rozumu (šílenství) a bez radosti (narkomanie)⁹¹. Plán „bez lásky“ vzniká na základě nedostatku přirozené výměny vzájemných pohlazení, bezmyšlenkovitost má svůj původ v potlačování logického myšlení. V základu scénáře „bez radosti“ stojí internalizovaný zákaz tělesného potěšení, proti němuž dítě revoltuje užíváním drog jako zdroje příjemných fyzických (i psychických) zážitků. Důsledky těchto sebezničujících životních postojů mohou být tragické.

2.4.6 Integrované a eklektické přístupy

V dnešní psychoterapii můžeme sledovat výrazné tendence k integraci a eklekticismu. Nejinak je tomu i v případě terapie závislostí – málokdy je používán jeden jediný přístup, většinou jde o kombinaci či sjednocování jednotlivých principů nebo metod bez ohledu na jejich teoretické zázemí. Je totiž pravdou, že klientům přináší prospěch spíše vhodná a účelná aplikace různých technik zaměřujících se na konkrétní problém než rigidní užívání jednoho přístupu některé z psychoterapeutických škol.

Kromě toho bylo potvrzeno, že všechny terapeutické směry disponují společnými účinnými faktory, které se významně podílejí na úspěchu psychoterapeutického působení. Podle Kratochvíla⁹² v různých přístupech mohou být různé účinné faktory, které vedou různou cestou ke stejnému výsledku, a existují specifické účinné faktory, které působí na určitý příznak, na určitý problém nebo na určitého pacienta a jsou málo účinné

⁹¹ srov. Prochaska, J. O., Norcross, J. C., 1999, s. 169 - 170

⁹² srov. Kratochvíl, S., 1997, s. 109

v jiných případech. Z těchto hypotéz vycházejí všechny snahy o integrované pojetí psychoterapie.

Myšlenkou integrace různých terapeutických přístupů se u nás zabývali především manželé Knoblochovi. Jimi vytvořená „integrovaná psychoterapie“ zahrnuje prvky psychoanalýzy, teorií učení, humanistických směrů aj., je inspirovaná terapeutickou komunitou a využívá všech forem psychoterapie. O integrované psychoterapii a specifikách individuální, skupinové a rodinné terapie pojednávám dále v části věnované prostředkům a nástrojům změny klienta terapeutické komunitě.

3. Terapeutická komunita

Terapeutická komunita (TK) je považována za jeden z neúčinnějších postupů využívaných při léčbě drogových závislých. V současné době existuje v České republice asi patnáct terapeutických komunit, které využívají metody i systém TK a jsou zaměřeny na léčbu osob zneužívajících nealkoholové drogy.

3.1 Vymezení pojmu

Pojem komunita pochází z latinského *communitas* (= společenství, pospolitost) a v nejširším slova smyslu označuje „sociální útvar, jehož příslušníci jsou spojeni určitou spřízněností“⁹³. Můžeme tak rozlišit komunity občanské, lokální, umělecké, vědecké, náboženské a v neposlední řadě komunity terapeutické.

Běžně je pojem terapeutická komunita užíván ve dvou významech:⁹⁴

- Terapeutická komunita jako specifická **psychoterapeutická metoda**, při níž je využíváno modelových situací malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Prostředí komunity a situace, které vznikají při společném soužití jejích členů, poskytují materiál, díky kterému se klienti učí poznávat svůj podíl na vytváření a udržování svých životních problémů. Díky účinným psychosociálním faktorům mají příležitost své obtíže jasně formulovat a osvojit si nové, příznivější formy chování a jednání.
- Terapeutická komunita jako **typ zařízení**, v němž je tato metoda základem a dominantním obsahem poskytované péče. Jde o systém řízení léčebné instituce, při kterém se podporuje všestranně otevřená

⁹³ Jandourek, J., 2001, s. 127

⁹⁴ srov. Kratochvíl, S., 1995, s. 206; Kalina, K., 2000, s. 6

komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i samotní klienti. Významnou složkou této formy organizace jsou setkání personálu s klienty, při nichž dochází k výměně informací a projednávání problémů ve vzájemných vztazích, i pravidelné schůzky léčebného týmu samotného.

Na konferenci Evropské federace terapeutických komunit (European Federation of Therapeutic Communities) v De Haan roku 1991 byla přijata tato definice TK pro drogově závislé: „Terapeutická komunita je bezdrogové („drug-free“) prostředí, ve kterém společně žijí lidé s adiktivními (nebo jinými) problémy, a to vysoce organizovaným a strukturovaným způsobem, přičemž účelem tohoto spolužití je podporovat změnu životního stylu a umožnit život bez drog v přirozeném prostředí. Terapeutická komunita tvoří malé společenství, v němž rezidenti a terapeuti v roli facilitátorů plní zvláštní úkoly a dodržují jasná pravidla, všechna vytvořená tak, aby podporovala proces změny klientů. Svépomoc a vzájemná pomoc jsou pilíře terapeutického procesu, ve kterém je protagonista zásadně zodpovědný za svůj osobní růst směrem k smysluplnějšímu a odpovědnějšímu životu, a přitom je zároveň prospěšný své komunitě. Program je dobrovolný v tom smyslu, že klient v něm nebude držen násilím nebo proti své vůli.“⁹⁵

Stručně lze terapeutickou komunitu pro drogově závislé vymezit jako zvláštní formu skupinové léčby vycházející z podmínek blízkých skutečnému životu. Klienti zde spolu bydlí, pracují a tráví volný čas. Díky každodennímu společnému programu, který kromě skupinové terapie zahrnuje mnoho dalších aktivit, získávají příležitost promítat do tohoto společenství své životní problémy a učit se je řešit adaptivnějším způsobem. Prostředí komunity poskytuje zpětnou vazbu, emoční korektivní zkušenost a náhled na škodlivé formy chování a podporuje osobnostní růst jedince.

⁹⁵ Broekaert, E. in: Rawlings, B., Yates, R., 2001, s. 29

3.2 Historie a vývoj terapeutických komunit

První zmínky o snaze lidí napravit různé neřesti a léčit duši hříšníků pomocí komunitních přístupů nalézáme již ve starověku. Léčebné skupiny usilující o osobnostní změnu pomocí vzájemné podpory členů a uplatňování pravidel a sankcí se objevují u židovských společenství (společenství Kumranů v Egyptě) a také v křesťanské tradici. Zejména řeholníci a mniši se snažili dosáhnout duchovních cílů prostřednictvím společného života s využitím určitých komunitních principů.

Za předchůdce současných terapeutických komunit můžeme považovat svépomocné skupiny vycházející převážně z náboženských kořenů a komunitně orientovaná pedagogická společenství, která vznikala na konci 19. a počátkem 20. století.⁹⁶

Religiózní hnutí „Oxfordská skupina“, zaměřené na duchovní přerod lidstva, svými praktikami později inspirovalo organizaci Anonymních alkoholiků. Idea přiznání vlastních chyb, sebezpytování, obrácení se k vyšší instanci a odčinění vlastních hříchů se projevila jako velmi účinná při léčbě závislých jedinců, stejně jako princip svépomoci a atmosféra vzájemné sounáležitosti.

Pedagogický proud, reprezentovaný reformními a pokrokovými pedagogy jako Dewey, Freinet, Winnicott nebo Makarenko, zpochybnil efektivitu tehdejší vzdělávací struktury. Zakladatelé výchovných zařízení pro nepřízpůsobivé, nevzdělavatelné nebo delikventní děti kladli důraz na získávání užitečných zkušeností, které přispívají k optimálnímu emočnímu, kognitivnímu i sociálnímu vývoji. „Cílem léčby pro ně bylo osobní, sociální a vzdělanostní zotavení a zdůrazňovali terapeutickou cenu hry a práce, aktivity a tvořivosti“⁹⁷. Někdy se proto o těchto institucích hovoří jako o prvních terapeutických komunitách pro děti a mládež.

⁹⁶ srov. Nevšímal, P., 2004, s. 160 - 167

⁹⁷ tamtéž, s. 164

K rozvoji terapeutických komunit v dnešním slova smyslu došlo v polovině minulého století, a to jak na evropském kontinentu, tak ve Spojených státech.

Vznik terapeutických komunit v Evropě je spjat se jmény W. R. Bion a Maxwell Jones. Bion působil jako vedoucí rehabilitační jednotky Northfieldské vojenské nemocnice v Birminghamu. Spolu s S. H. Foulkesem, H. Bridgerem a T. Mainem poprvé použil prostředí nemocnice samotné k terapeutickým účelům. Bion odmítal zodpovědnost personálu za jednání neurotických vojáků, uplatňoval zásadu otevřené komunikace a zapojoval pacienty do rozhodovacích procesů. Později byly zavedeny nové skupinové projekty a terapeutické techniky, pracovalo se na zlepšování komunikace a kooperace, maladaptivní chování pacientů začalo být vnímáno jako společný problém všech zúčastněných. V roce 1946 použil Main pro tuto „živou“ organizaci poprvé pojmu „terapeutická komunita“.

Psychiatr Maxwell Jones pracoval s neurotiky v londýnské Mill Hill Emergency Hospital, kde nastavil zcela netradiční pravidla pro vzájemnou komunikaci a spolupráci mezi středním zdravotnickým personálem, lékaři a pacienty. Zároveň zavedl edukační a diskusní bloky, jejichž cílem bylo objasnit pacientům psychosomatický charakter obtíží a změnit tak jejich postoj ke svým symptomům. Posléze se v rámci těchto skupinových sezení začaly řešit problémy celého oddělení, čímž postupně došlo k proměně sociální struktury zařízení - tradiční, hierarchické rozdělení rolí bylo narušeno. Díky otevřené, volné komunikaci mezi personálem a pacienty se léčba stala účinnější. Jones pokračoval v rozvíjení myšlenek terapeutické komunity v nemocnici v Dartfordu a v Belmont Hospital, kde již kromě řešení zdravotních obtíží byla důležitým prvkem léčby také skupinová psychoterapie, sociální rehabilitace včetně pracovní terapie a množství volnočasových aktivit. Terapeutický proces byl zaměřen na využívání skupinové dynamiky a sociálního učení jako prostředku změny. Samozřejmostí se staly pravidelné schůzky multidisciplinárního týmu a

podíl pacientů na rozhodování. Všechny problémy bylo nutné řešit společně. Na základě svých zkušeností Jones formuloval pět zásad terapeutické komunity:⁹⁸

1. *oboustranná komunikace na všech úrovních,*
2. *proces rozhodování na všech úrovních,*
3. *společné vedení,*
4. *konsensus v přijímání rozhodnutí,*
5. *sociální učení v interakci tady a teď.*

Na americké půdě je za předchůdce všech terapeutických komunit považován Synanon, založený v roce 1958 bývalým alkoholikem a charismatickým vůdcem Charlesem E. Dederichem. Zpočátku byl inspirován tradicemi hnutí Anonymních alkoholiků, posléze si vytvořil svou vlastní ideologii, založenou na principech svépomoci s výraznou nedůvěrou k profesionálům. Komunita fungovala jako náhradní rodina, její členové se nevraceli do původního prostředí, ale zůstávali v ní po celý život, neboť Synanon byl plně soběstačný a nezávislý na svém okolí. Důležitým prvkem byla pevná hierarchie organizace, rezidenti byli odměňováni získáváním stále větší odpovědnosti a podílu na moci. Za neoddělitelnou součást rehabilitace se považovala tvrdá skupinová konfrontace a verbální agresivní útoky s cílem změnit maladaptivní chování na pozitivnější přístup a učení se adekvátnímu řešení konfliktů (tzv. synanonská hra)⁹⁹. Dederich byl neomezeným, nekontrolovatelným vůdcem, který od členů své komunity vyžadoval naprostou oddanost. Synanon se však díky tomu stal uzavřenou totalitní sektou s nepřátelským postojem vůči okolnímu světu, a tak postupně došlo k zhroucení celého systému.

Synanonským modelem byly inspirovány další zakladatelé komunit ve Spojených státech i v Evropě. Mezi nejznámější léčebná zařízení patří americký Daytop Village a Phoenix House, holandský Emilhoeve, anglický

⁹⁸ srov. Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 54

⁹⁹ srov. Nevšímal, P., 2004, s. 179

Alpha House nebo belgický De Kiem. Zatímco klasický synanonský model terapeutické komunity je přísně hierarchicky strukturován, principy vycházející z tradice Maxwella Jonese jsou více rovnostářské. Podle toho rozlišujeme tzv. hierarchické nebo demokratické komunity. „Rozdíl mezi hierarchickou a demokratickou TK souvisí v první řadě se způsobem, jakým je přejímáno vedení a přijímána rozhodnutí; tedy, zda je založeno na služebním postavení nebo přijetí konsensu.“¹⁰⁰ V současné době však převažují tendence ke sbližování obou proudů.

V našich podmínkách byl průkopníkem v oblasti využívání komunitních principů při léčbě závislých již zmiňovaný Jaroslav Skála. V roce 1948 založil socioterapeutický klub KLUS (Klub lidí usilujících o střízlivost), který převzal některé přístupy Anonymních alkoholiků. Ve stejném roce vzniklo lůžkové oddělení pro léčbu závislostí v Apolinári fungující jako terapeutická komunita. Součástí léčby byla individuální, skupinová a rodinná psychoterapie, pracovní a pohybová terapie a psychoedukativní metody a techniky. Důležitou složkou bylo i pravidelné setkávání celého oddělení a společné řešení různých záležitostí. Cílem Skálova vysoce efektivního programu byla změna naučených stereotypů myšlení a chování s pomocí konstruktivního využití konfliktů, frustrací a zátěžových situací. Podle vzoru apolinářského modelu pak byly zakládány další léčebny pro závislé na alkoholu a drogách. Skála se svými spolupracovníky (E. Urbanem a J. Rubešem) je autorem jedinečného sebezkušenostního výcvikového programu pro psychoterapeuty SUR, kterým prošla (a prochází) řada odborníků působících v péči o drogově závislé, terapeutické komunity nevyjímaje.

Změna pacientova myšlení a jednání prostřednictvím komunitního prostředí se v českých zemích uskutečňovala také v zařízeních pro léčbu neurotických poruch. První léčebnu v Lobči vedl od roku 1954 Jaroslav Knobloch, odborník světového významu, který později postuloval systém

¹⁰⁰ tamtéž, s. 197 - 198

integrované psychoterapie. Knobloch uvedl v praxi intenzivní program, členěný na rodinnou a skupinovou psychoterapii, při kterém byli rezidenti izolováni od přirozeného prostředí, a tak mohli se svým chováním v různých situacích bezpečně experimentovat. Po vzoru Lobče byly založeny další komunity pro neurotiky a jiné psychiatrické pacienty, vedené renomovanými odborníky, např. komunita v Sadské (Hausner), v Brně (Bouchal), v Kroměříži (Kratochvíl), v Horních Beřkovicích (Kalina) atd.

Samostatné terapeutické komunity pro závislé na nealkoholových drogách¹⁰¹ u nás vznikaly až po roce 1989, první založilo občanské sdružení Sananim v Němčicích v roce 1991. V průběhu devadesátých let počet komunit (zakládaných povětšinou neziskovými organizacemi) na našem území rostl, stejně jako se zvyšovala kvalita a profesionalita služeb. České terapeutické komunity vycházejí mimo jiné částečně z evropského modelu Daytopu a Phoenix House a částečně také ze Skálovy koncepce a komunitních principů léčby neuróz. Programy všech současných TK pro drogově závislé jsou si víceméně podobné, odlišují se zejména možnostmi, které jednotlivé komunity mají, časovým rozvrhem, mírou užívání různých metod a technik, charakterem speciálních terapeutických a tréninkových programů nebo důrazem na duchovní aspekty léčby.¹⁰²

3.3 Základní principy terapeutických komunit

Za posledních třicet let svého fungování prošly terapeutické komunity výraznými změnami. Zejména v průběhu osmdesátých a devadesátých let minulého století docházelo k profesionalizaci služeb díky rostoucím požadavkům na vzdělávání personálu¹⁰³ a neustálému rozšiřování spektra

¹⁰¹ V angličtině se užívá pojmů „drug-free TC“ nebo „concept TC“, u nás je nejběžnější spojení „terapeutická komunita pro drogově závislé“. Srov. Broekaert, E. et al., 1999, s. 257

¹⁰² srov. Nevšímal, P., 2004, s. 195

¹⁰³ Většinu prvních terapeutických komunit pro drogově závislé v Evropě pomáhali zakládat dobrovolníci a bývalí rezidenti komunit z USA. Jelikož je americké pojetí, vycházející z myšlenek Synanonu, založené na svépomoci, mají terapeutické komunity ve Spojených státech mnohem méně profesionální charakter.

užívaných metod a technik. Kromě aplikace klasického hierarchického modelu byly do koncepce TK včleněny i prvky Jonesova pojetí, zejména důraz na sociální učení – „principy sociálního učení jsou v současné době považovány za základní kámen abstinenčních terapeutických komunit“¹⁰⁴. V praxi tedy dochází k postupnému prolínání obou proudů. Přestože existuje mnoho rozdílů, oba dva typy vykazují určité shodné rysy, které jsou pro každou terapeutickou komunitu neopomenutelné. Společné znaky demokratického a hierarchického uspořádání popsal Kennard¹⁰⁵ takto: neformální a otevřená atmosféra, centrální místo skupinových setkání v terapeutickém programu, sdílení práce na udržování a chodu zařízení, terapeutická úloha rezidentů, podíl klientů na moci a společně uznávané hodnoty a myšlenky komunity.

Tendence otevřít se novým progresivním přístupům, být dostupným pro širší cílové skupiny a směřovat k holistickému pojetí terapie vedly ke zvyšování efektivity léčby i ke změnám v celém programu TK. V rámci mezinárodních i lokálních organizací sdružujících terapeutické komunity vznikly obecné standardy a cíle¹⁰⁶, kterými by se kvalitní komunity měly řídit. Stejně tak bylo přijato usnesení obsahující několik znaků typických pro TK, které v žádném případě nelze měnit („**What cannot be changed in a Therapeutic Community**“¹⁰⁷):

- Svépomoc a vzájemná pomoc jsou pilíře terapeutického procesu, v kterém je protagonista zásadně zodpovědný za dosažení osobního růstu směrem k smysluplnějšímu a odpovědnějšímu životu; přitom je současně prospěšný své komunitě.
- TK se snaží ze všech sil o stmelení svých rezidentů a považuje za nezbytnou dostatečně dlouhou dobu strávenou v programu.

¹⁰⁴ Broekaert, E. et al., 1999, s. 260

¹⁰⁵ Kennard, D., cit. podle Richterová-Těmínová, M., Adameček, D., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 55 - 56

¹⁰⁶ Standardy a cíle terapeutických komunit podle EFTC uvádí Příloha H.

¹⁰⁷ Odpovědi na otázku „Co nemůže být v TK změněno?“ přinesla konference EFTC v Den Haan v Belgii v červnu 1991.

- Dveře komunity musí být otevřeny společnosti a pozice ředitelů, personálu a rezidentů musí být konfrontována a kontrolována. Charismatický způsob vedení je přijatelný pouze, jestliže je otevřený přezkoumání a otázkám.
- Členové personálu musí dodržovat standardy způsobilosti, přičemž diplomy nejsou jediným hlediskem způsobilosti. Ex-useři mohou velmi významně přispět k dobré funkci TK.
- TK musí udržovat svou identitu a pravidelně se vracet k důvodům své existence.
- TK se smí vždy měnit, pokud nezapomíná na své cíle a standardy.
- Rezidenti mohou být důvodně vyloučeni.
- TK by měla být součástí nadnárodních společností, jako je EFTC a WFTC (European/ World Federation of Therapeutic Communities).
- Personál musí působit v rámci hranic etického kodexu, vymezených stupněm kvalifikace, vztahy mezi personálem a klienty a jejich příbuznými, personálními vztahy a udržováním schopnosti každého pokračovat v učení.
- Sdílení denního života a hodnotového systému, nepřítomnost násilí a drog, odpovědný zájem, struktura.¹⁰⁸

Na téma základní principy terapeutické komunity bylo vedeno mnoho diskusí. Je možné vysledovat takové znaky, které jsou všeobecně přijímané a společné pro všechny TK s různým zaměřením. Mezi tyto principy můžeme řadit např. aktivní role klientů a participace na procesu údravy, spoluúčast klientů na vlastní léčbě i léčbě ostatních členů a odpovědnost za chod komunity, sdílení hodnot a přijatých norem, vzájemná, otevřená a oboustranná komunikace na všech úrovních, podíl všech členů na rozhodování, sociální učení jako významný faktor změny a další.

¹⁰⁸ srov. Nevšímal, P., 2004, s. 205 - 206

Podle Kennarda¹⁰⁹ jsou podstatou metody terapeutické komunity dva hlavní znaky, a to „**situace vedoucí k živému učení**“ (living-learning situation) a „**kultura dotazování**“ (culture of enquiry). V prvním případě jde o terapeutický potenciál všech situací, které nastávají během společného soužití členů komunity, zejména v případě, kdy se objeví krize. Tyto situace by měly být využívány jako příležitost k učení. Kultura dotazování znamená, že personál by měl budovat takovou atmosféru, která umožňuje poctivě zkoumat, identifikovat a usilovat o odmítnutí či vyloučení veškerých dogmatických tvrzení nebo přijímaných pravd.

Filozofie a hlavní principy programu TK pro drogově závislé v zásadě vycházejí z pojetí závislosti jako naučeného, „hloupého“ chování – „závislost je pokračující škodlivý proces, ve kterém se původně adaptivní jednání vymyká z kontroly a začíná být samo problémem“¹¹⁰. Tomuto pojetí odpovídají i některé myšlenky svépomocných komunit, mezi které počítáme například následující tvrzení:

- ***Závislý je emočně nezralý a musí dospět.***
- ***Závislost je příznak skrytých problémů.***
- ***Klient je za svou závislost zcela odpovědný.***
- ***Závislý si může pomoci tím, že pomáhá ostatním.***
- ***Je nutné přiznat a sdílet pocity viny, nikoli je popírat.***¹¹¹

V našich podmínkách se autoři¹¹² shodují na osmi základních principech, na kterých je postavena každá terapeutická komunita určená klientům závislým na drogách:

1. Motivovanost klienta k vlastní změně je základním bodem úspěšné léčby a resocializace.

¹⁰⁹ srov. Kennard, D., 2001, s. 1

¹¹⁰ Kooyman, M., 2004, s. 22

¹¹¹ srov. Kooyman, M., 2004, s. 16 - 21

¹¹² srov. Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 201

2. Podmínky života v komunitě se maximálně přibližují realitě běžného života.
3. Schopnost přijímat odpovědnost je znakem zralé osobnosti – trénink odpovědnosti je tedy základním kamenem léčby a resocializace.
4. Závislý člověk má právo rozhodovat o svém životě. Proto jeho vstup do komunity je dobrovolný, stejně tak i odchod z ní.
5. Terapie probíhá především ve skupině (společenství, komunitě), a to vzhledem k tomu, že pro člověka je přirozený život ve společnosti, kde jsou formovány základní vztahy.
6. Přejchod z terapie do běžného života musí být postupný vzhledem k náročnosti situace.
7. Strukturovaný život v komunitě upevňuje, zakotvuje, a umožňuje vytvářet vnitřní strukturu.
8. Terapeutický tým je pouhým průvodcem a poradcem klienta, nikoli expertem na jeho život.

Uplatňování zmíněných principů spolu s přijatými standardy a cíli charakterizuje bezpečné a podnětné prostředí pro osobnostní a sociální růst, které by terapeutická komunita pro drogově závislé měla svým klientům i členům týmu poskytovat.

3.4 Léčba v terapeutické komunitě pro drogově závislé

Principy terapeutické komunity jsou začleňovány do různých institucí i složek systému péče, jako např. nemocnice, věznice, domy na půli cesty, denní stacionáře, ambulantní programy apod. Je otázkou, zda v těchto případech lze mluvit o terapeutické komunitě v pravém slova smyslu.¹¹³ V tomto textu se věnuji rezidenční léčbě v TK pro závislé na nealkoholových drogách jako jedinečnému sociálně psychologickému přístupu k léčbě, přičemž mám na mysli aplikaci metod i systému TK

¹¹³ srov. De Leon, 2004, s. 133 - 135

v zařízení (komunitě), které existuje samostatně a klienti v něm společně žijí.

3.4.1 Cíle léčby

Hlavním cílem léčby a rehabilitace v terapeutické komunitě je komplexní změna životního stylu klienta¹¹⁴. Nejde jen o odstranění symptomů problému, tedy užívání návykových látek a s tím spojeného sebedestruktivního chování, nýbrž i o nalezení příslušných vnitřních obtíží, které se skrývají za závislostí. Filozofie TK považuje užívání drog za důsledek problémů klienta, proto není abstinence cílem léčby, ale pouze prostředkem. Díky „čistému“ prostředí komunity je možné rozpoznat maladaptivní vzorce prožívání a jednání a pokusit se je měnit.

Při stanovování cílů léčby vycházíme z přesvědčení o růstovém potenciálu každého jedince. Tento potenciál je třeba rozvíjet za pomoci a podpory dalších lidí (klientů, terapeutů, rodiny a blízkých osob). Léčba v terapeutické komunitě se zaměřuje na osobnostní a sociální rozvoj klienta, kterého lze dosáhnout pouze celkovou a trvalou změnou myšlení, chování, postojů a hodnot. Klient se během léčby učí rozpoznávat svůj podíl na problémech, učí se konstruktivně zvládat stres a konflikty, odkrývá své bolesti a strachy, včetně negativních projevů v mezilidských vztazích. Je důležité, aby si znovu vytvořil důvěru k ostatním, našel úctu k sobě samému, a změnil tak své sebepojetí i chování k druhým. Získání sociálních a interpersonálních komunikačních dovedností prohlubuje citlivost pro lidské společenství.

Komunita umožňuje znovuoobnovení psychických i fyzických sil, osvojení příznivých sociálních a pracovních návyků a rozvíjení skrytých

¹¹⁴ V našich podmínkách se v souvislosti s léčbou v TK upustilo od lékařského termínu „pacient“ a používá se spíše označení „klient“. V anglicky psané literatuře se nejčastěji setkáváme s označením „resident“ (česky rezident). Oba tyto termíny (klient i rezident) vnímám jako synonyma.

schopností. Díky tomu klient rozpoznává své možnosti a meze, postupně u něho dochází k vytváření reálného sebehodnocení, stoupá sebedůvěra. Významným prvkem je i získání odolnosti vůči dalším selháním a uvědomění si důležitosti svého zdraví. Stejně tak je nutné převzetí odpovědnosti za sebe a své jednání. Veškeré pozitivní změny v těchto oblastech umožní klientovi samostatně se rozhodovat o svém životě a udržet si bezdrogový životní styl i po návratu do přirozeného prostředí.

Úspěšný absolvent terapeutického programu podle Kooymana¹¹⁵ již nezneužívá drogy ani alkohol, nedopouští se trestné činnosti a nepotřebuje žádnou další léčbu vztahující se k jeho původní závislosti. Vnímá sám sebe pozitivně, je emočně otevřený, schopen dávat i přijímat lásku, zvládá konflikty a bolestivé zážitky, dokáže si říci o pomoc a dát druhým najevo, co potřebuje. Cítí se sebejistý, je plně odpovědný za svůj život. Rozvíjí svůj sociálně-kreativní, fyzický a sexuální potenciál. Je schopen samostatně přijmout úkoly, podílet se na uspokojivých vztazích s druhými a cítit i vyjadřovat své pocity. Žije na sociální úrovni, která je pro něj přijatelná, má vytvořený kritický postoj k sobě, terapeutickému programu i společnosti.

Cílem terapeutické komunity tedy není jen vyléčit závislost, jak si mnoho lidí představuje. Je sporné, zda je možné závislost na drogách vůbec kompletně vyléčit, nebo zda její stín bude pronásledovat postiženého jedince po celý život. Můžeme však s jistotou tvrdit, že s ní lze úspěšně bojovat.

3.4.2 Klienti

České terapeutické komunity pro závislé na nealkoholových drogách jsou většinou určeny osobám starším osmnácti let.¹¹⁶ Horní věková hranice není stanovena, nicméně klienti nad 35 let jsou v našich TK spíše výjimkou.

¹¹⁵ srov. Kooyman, M., 2004, s. 37 - 38

¹¹⁶ Některé komunity pro závislé přijímají klienty již od šestnácti let.

V roce 2006 byl průměrný věk klientů podle údajů dvanácti terapeutických komunit 25,1 roku.¹¹⁷

Cílovou populací bezdrogových TK jsou osoby zneužívající nealkoholové drogy s diagnózou středně těžké až těžké závislosti, často s vážným psychosociálním i somatickým poškozením a s kriminální kariérou. Jak uvádí NIDA¹¹⁸, klienti léčení v terapeutických komunitách mají většinou kromě závislosti ještě spoustu jiných problémů, které je v rámci léčby nutné řešit, např. konflikty se zákonem, nedostatek pozitivní sociální podpory, závislost na více látkách najednou¹¹⁹ a další psychické problémy. Drogová závislost je podle Nešpora¹²⁰ nejčastěji kombinovaná s těmito duševními poruchami: poruchy příjmu potravy, deprese a úzkostné stavy, dissociální porucha osobnosti, narcistická porucha, patologické hráčství a psychotická onemocnění. Pro současný výskyt závislosti na návykových látkách a jiné psychické poruchy (příp. poruchy chování) používáme označení „duální diagnóza“. Duální diagnózy se u klientů terapeutických komunit vyskytují velmi často (podle statistik jimi trpí až polovina všech klientů), a proto je třeba je při léčbě zohledňovat.

Léčba v terapeutické komunitě je určena mužům i ženám, avšak přijímání partnerských dvojic se nedoporučuje. Někteří odborníci zdůrazňují specifické potřeby žen a dívek v terapeutických komunitách pro závislé (gender problematika). Martensová¹²¹ ve svém článku upozorňuje na psychické komplikace, vyskytující se u závislých žen, spojené se sexuální traumatizací a negativním sebeobrazem. Nedostatek sebedůvěry způsobuje strach z osamělosti i intimity, proto postižené ženy inklinují k neustálému vyhledávání sexuálních kontaktů, jsou submisivní a neumějí říkat „ne“. Ženy mají větší sklony k depresi a úzkostem, což mnohdy vede

¹¹⁷ Podrobnější informace o klientech TK uvádí Příloha I.

¹¹⁸ srov. NIDA: Research Report Series, 2002, s. 3

¹¹⁹ Mluvíme o tzv. polymorfní, kombinované nebo zkřížené závislosti.

¹²⁰ srov. Nešpor, K. in: Kalina, K. a kol., 2003a, s. 234

¹²¹ srov. Martens, J. in: < <http://www.efct-europe.com/Resources/publications.htm>>[cit. 2007-11-11]

k nadměrnému užívání léků. Jejich drogová kariéra má jiný průběh než u mužů – užívání drog je často spojeno s prostitucí a psychosexuálními traumaty. Autorka na základě svých poznatků z belgických TK navrhuje speciální přístup k léčbě žen a dívek v terapeutických komunitách (woman-centered approach), který zahrnuje různé aktivity určené pouze klientkám. V rámci tohoto programu je pak možné zabývat se ryze „ženskými“ tématy a řešit specifické problémy.

Je důležité připomenout, že léčba v terapeutické komunitě není vhodná pro všechny uživatele drog. Obecně je indikována těm osobám, které z různých důvodů nemají předpoklady pro dosažení efektivního výsledku v krátkodobých, popř. ambulantních programech. TK je léčbou pro jedince vyžadující kompletní resocializaci v nepřetržitě působícím terapeutickém prostředí. Jako kontraindikace k přijetí bývá uváděna mentální retardace, těžká psychiatrická diagnóza (maniodepresivní psychóza, paranoidní stavy, panické ataky atd.) a extrémní sociopatické chování. Tyto komplikace znemožňují porozumění programu stejně jako přijetí odpovědnosti za vlastní jednání, a bez toho nemůže být léčba v TK úspěšná.¹²²

3.4.2.1 Děti a mladiství v terapeutické komunitě

Děti a mladiství¹²³ se mohou léčit jak ve speciálních zařízeních, tak v běžných terapeutických komunitách spolu s dospělými klienty. Protože trend zneužívání drog je nejvýraznější u věkové skupiny do devatenácti let¹²⁴, je poskytování péče dospívajícím jedincům v TK pro drogově závislé nezbytné. Je však třeba brát v úvahu různá specifika této skupiny, kterým je třeba věnovat pozornost během léčby a resocializace. Mezi zvláštní potřeby dětí a mladistvých mimo jiné patří:

¹²² srov. Kooyman, M., 2004, s. 89 - 90

¹²³ Období dětství trvá přibližně do patnácti let, období adolescence (mladiství) končí dosažením dospělosti kolem dvacátého roku.

¹²⁴ V roce 2001 spadalo do této věkové kategorie 47,5% všech registrovaných uživatelů drog. Srov. Broža, J. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 232

•**potřeba posilování motivace** – Děti a mladiství závislí na drogách jsou k pobytu v TK většinou donuceni tlakem ze strany rodičů či školy nebo soudně nařízenou ústavní léčbou. Jelikož mladiství nemají tolik potřebných negativních zkušeností se zneužíváním drogy jako dospělí klienti, řeší vnitřní rozpor mezi tím, zda chtějí a dokáží nebo nechťejí a nedokáží abstinovat a změnit svůj životní styl.¹²⁵ Úkolem terapie je proměnit vnější motivaci na motivaci vnitřní, tedy nasměrovat klienta ke skutečnému zájmu o osobnostní a sociální změnu.

Při práci s nemotivovanou, drogově závislou mládeží, u níž zatím převažují zisky ze zneužívání návykových látek nad ztrátami, se doporučují dva základní přístupy:

1. „Konfrontační, který ve svých důsledcích znamená prožití všech negativ drogové kariéry s rizikem, že ztráty mohou být tak velké, že jakýkoliv terapeutický zásah už nemusí být účinný. Je jasné, že slovem konfrontační se nerozumí konfrontace mezi terapeutem a klientem ve smyslu konfliktu apod., ale konfrontace klienta s běžnými situacemi drogové kariéry, které tento životní styl přináší.
2. Omezující svobodu volby mladého člověka pokračovat v drogové kariéře s nabídkou něčeho, co v aktuální situaci třeba momentálně nechce, ale co může být v budoucnu užitečné.“¹²⁶

•**potřeba individuálního vedení** – Dospívající člověk potřebuje mnohem více péče, pozornosti a emoční podpory. Má silnou potřebu vyvářet vlastní, originální identitu a zároveň potřebuje pozitivní vzory, se kterými by se mohl identifikovat. Bývá hyperkritický ke svému okolí a má tendence externalizovat své problémy. Protože citlivost vůči autoritám je v tomto věku vysoká, klade práce s dětmi a mladistvými značné nároky na osobnost terapeuta. Terapeutický vztah musí být důvěryhodný, pravdivý a bezpečný, aby se klient mohl cítit svobodný a bezpodmínečně přijímaný.

¹²⁵ srov. Votavová, M., 1997, s. 118

¹²⁶ Kašparová, Z., 1997, s. 133 - 137

•**potřeba překonání vývojových problémů** – Adolescent, potýkající se se svými vývojovými krizemi, musí dostat příležitost je uspokojivě zvládnout. Funkcí užívání drog je zmírnění intenzity problémů vyplývajících z tlaku vývojových úkolů, ty jsou tak odloženy a zůstávají nevyřešené. Ukončení drogové kariéry je předpokladem pokračování v normálním vývoji a naopak – toto ukončení je snazší a pravděpodobnější, pokud má závislý možnost se vyrovnat s vývojovými úkoly.¹²⁷ Děti a mladiství závislí na drogách jsou značně nevyzrálí, labilní, často subdeprivovaní, proto se u nich závislost rozvíjí dramatičtěji než u lidí dospělých. Léčba musí tuto nevyzrálост a vývojové překážky zohlednit a pomoci dospívajícímu člověku optimálně řešit všechny obtíže.

•**potřeba intenzivní práce s rodinou** – Systematická rodinná terapie je velmi důležitou součástí léčby. Spolupráce s rodiči bývá velmi náročná, neboť se často cítí bezmocní či neschopní a závislost dítěte vnímají buď jako vlastní výchovné selhání, nebo mají tendenci obviňovat přímo svého potomka. Rodiče jsou však významnými osobami v životě mladého člověka, a proto je třeba kromě změny chování dítěte navodit také určité změny v prostředí, do kterého se klient po léčbě vrátí.

•**vzdělávací potřeby** – Většina dospívajících nemá ukončené vzdělání a profesní přípravu, proto se doporučuje podporovat zájem těchto klientů o vzdělávací aktivity. Terapeutická komunita může buď pomoci dokončit školní docházku nebo nabídnout možnosti zvyšování kvalifikace a rekvalifikace. Podstatné je také výchovné a vzdělávací poradenství i získávání pracovních návyků prostřednictvím pracovní terapie.

•**potřeba rozšiřování zájmové sféry** – Jelikož zájmové aktivity dětí a dospívajících užívajících návykové látky jsou oproti běžné populaci chudé, je vhodné nabídnout jim různé alternativy trávení volného času. Důležitá je možnost kulturního a sportovního vyžití, své místo mají i speciální formy psychoterapie, jako např. arteterapie, dramaterapie, muzikoterapie, relaxační

¹²⁷ srov. Kalina, K., 2000, s. 6 - 7

techniky a další. Velmi efektivním prvkem při práci s mladistvými je zážitková pedagogika (popř. zážitková terapie), jejíž metody a techniky jsou pro dospívajícího člověka nevšední a atraktivní.

Mezi speciální zařízení komunitního typu poskytující léčbu dětem a mladistvým zneužívajícím drogy patří např. Středisko pro mládež Klíčov, terapeutická komunita Karlov, řevnická Cesta nebo programy Teen Challenge. Ojedinělým programem, který zajišťoval dlouhodobou rezidenční léčbu určenou dětem a mladistvým ve věku 11 – 17 let, byl v našich podmínkách Domov Agapé, zřizovaný Charitou Opava.¹²⁸ Klasický čtyřfázový léčebný pobyt byl zcela uzpůsoben potřebám dětí a mladistvých – obsahoval jak povinné docházení do školy, která byla umístěna přímo v budově, tak mnohé další aktivity (arte-, drama- a muzikoterapii, rodinnou terapii, výchovně zájmovou činnost jako sport, keramiku nebo ruční práce, duchovní program aj.). Cílem léčby bylo poskytnout dítěti takovou životní zkušenost a náhled na sebe sama, aby:

- znalo principy fungování závislosti a tělesných orgánů,
- vědělo, jaký osobní nedostatek droga vyplňovala,
- mělo pozitivní pohled na sebe sama a znalo možnosti svého dalšího rozvoje,
- umělo zacházet se svým volným časem,
- umělo řešit krizové situace, vybírat si kamarády a kolektiv,
- umělo zacházet se svým nitrem (emoce, stres, zklamání, radost, touha po štěstí apod.),
- si dokázalo vytvořit odpovídající hodnotový systém, založený na základě etických zásad společnosti.¹²⁹

¹²⁸ Terapeutická komunita Agapé byla inspirována filozofií polského Domu Nadziei a fungovala od dubna 2002 do roku 2005, kdy musela zaniknout z důvodu nedostatku finančních prostředků. Délka pobytu v komunitě se pohybovala od devíti do dvanácti měsíců, průměrný věk klientů byl 13,5 let.

¹²⁹ srov. <<http://www.charitaopava.cz/strediska.php?stredisko=agape>> [cit. 2007-11-12]

Zkušenosti terapeutické komunity Agapé ukázaly, že pro děti a mládež nacházející se ve stádiu experimentu, problémového užívání nebo závislosti na drogách je léčba v terapeutické komunitě vhodná a přináší velmi efektivní výsledky.¹³⁰ Na místě je tedy diskuse o potřebnosti a možnostech financování kvalitních zařízení, orientujících se převážně na pomoc zranitelné skupině dospívajících lidí a jejich blízkým.

3.4.3 Terapeutický tým

V multidisciplinárním terapeutickém týmu se uplatňují lidé mnoha profesí (psychologové, pedagogové, lékaři, sociální pracovníci apod.) s různými specializacemi. Odborná kvalifikace však není jediným předpokladem pro práci v terapeutické komunitě, velmi důležité jsou některé osobnostní vlastnosti a vlohy, bez nichž nelze klientům uspokojivě pomáhat v jejich úsilí o změnu. Nejpožadovanější osobnostní kvalitou terapeuta je emocionální a sociální zralost. Součástí této zralosti je pevná identita, sebejistota, vyrovnanost a otevřenost. Důležitým předpokladem pro pomáhání druhým je také tvořivost, přirozená autorita a schopnost přiznat vlastní chybu. Klient potřebuje mít k dispozici aktivní, empatickou a vřelou postavu, která mu pomůže rozlišit maladaptivní vzorce myšlení a chování a dosáhnout autonomie včetně navození potřebných změn.

Důležitý prvkem terapie v komunitě je vztah mezi týmem a klienty. „Platí, že základním nositelem změny je vztah klient-terapeut, klient-skupina a klient-komunita.“¹³¹ Prostřednictvím těchto vztahů vznikají vhodné podmínky podporující klientovy rozvojové a aktualizací tendence. Terapeutický vztah je tak jedním z účinných faktorů celé léčby závislosti. Pro tento vztah jsou podstatné tři charakteristiky osobnosti terapeuta, které

¹³⁰ Na účinnost léčby v terapeutické komunitě pro adolescenty upozorňuje také NIDA: „Přestože jejich léčba je náročnější, adolescenti v těchto programech vykazují výrazné zlepšení v oblasti užívání drog, psychologické adjustace, školní výkonnosti a redukci kriminální aktivity.“ NIDA: Research Report Series, 2002, s. 7

¹³¹ Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 202

popsal Rogers: 1. autenticita, opravdovost neboli kongruence (terapeut je sám sebou, přirozený, pravdivý a otevřený), 2. plná akceptace a bezpodmínečné přijetí klienta (pozitivní vztah ke klientovi bez ohledu na souhlas či nesouhlas s jeho chováním, nepředstíraný zájem), 3. přesné empatické porozumění klientovi (vcítění se do myšlení a prožívání klienta, nastavení „zrcadla“). Tyto nezbytné postoje terapeuta podle některých autorů stačí pro dosažení léčebných efektů bez ohledu na teoretickou orientaci a užití metody.¹³²

Existuje mnoho typologií rolí terapeutů¹³³, jimiž se však v tomto textu nebudu podrobně zabývat. Považuji za důležité zmínit pouze dva zcela odlišné terapeutické styly, které jsou v praxi uplatňovány. První z nich, „expert“, je pro práci se závislými jedinci spíše nevhodný. Terapeut – expert zcela spoléhá na svou odbornost, zaujímá přesná stanoviska a konkrétní cíle, má tendence radit, je „expertem na klientův život“. Opačný přístup, „průvodce“, více angažuje svoji osobnost, je empatický a otevřený, snaží se klienta doprovázet na jeho cestě ke změně a podněcovat jeho osobní odpovědnost. V některých situacích je užitečné zastávat roli experta, v některých je více na místě průvodcovský styl, obecně se ale pro terapii drogově závislých jeví jako přijatelnější přístup „průvodce“. Kennard¹³⁴ vyjmenovává, co k roli provázejícího terapeuta jako člena týmu TK patří: účast v komunitě v postavení jejího člena, udržování terapeutické struktury, zajišťování zkušeností nutných pro učení, používání terapeutických intervencí na skupinách, účast na dynamice komunity a podpora emocionální angažovanosti členů týmu, zajišťování vztahů s okolím.

Také na vedoucího týmu jsou kladeny nemalé požadavky. Musí to být kvalifikovaný, erudovaný odborník s několikaletou zkušeností s metodou TK a léčením závislostí, disponující výjimečnými osobnostními rysy a

¹³² srov. Lakomá, J., 1993, s. 65

¹³³ O rolích terapeuta a způsobech vedení skupinových sezení pojednává poměrně obsáhle např. Kratochvíl, S., 2005, s. 48 – 61.

¹³⁴ Kennard, D., 2000, s. 2 - 3

charismatem. Jeho úkolem je zajišťovat bezpečné terapeutické prostředí pro všechny členy komunity, dohlíží jak na práci členů týmu, tak na aktivity klientů.

Terapeutický tým se pravidelně schází na schůzkách personálu, které mají jak informační, tak interakční charakter. Všichni členové týmu otevřeně reflektují vlastní práci s klienty, ventilují pocity objevující se ve vztazích k jednotlivým klientům a vůči sobě navzájem apod.. Účelem je zabránit jakémukoli poškozování klienta i terapeuta samotného, včetně včasného zachycení protipřenosových jevů. Nezbytným předpokladem úspěšného fungování týmu i celé komunity je dodržování pravidel, respektování etického kodexu a práv klientů.¹³⁵ Pracovníci terapeutických komunit jsou povinni se dále vzdělávat, zvyšovat svoji kvalifikaci a prohlubovat kompetence. Vzhledem k tomu, že všechny pomáhající profese jsou ohroženy rizikem vzniku syndromu vyhoření, je nutné zajištění pravidelné a adekvátní supervize.

Důležité je připomenout také roli ex-userů v terapeutické komunitě. V našich podmínkách není příliš běžné zaměstnávat bývalé klienty na pozice terapeutů¹³⁶, nicméně práce bývalých uživatelů se projevila jako užitečná a přínosná. Klienti mají tendence těmto členům týmu, kteří prošli podobným procesem jako oni sami, více důvěřovat a obracet se na ně se specifickými problémy souvisejícími přímo s drogami (prevence relapsu a zvládání cravingu, vztahy k přátelům a známým užívajícím drogy atp.). Je však nutné zdůraznit, že zneužívání návykových látek v minulosti a prodělání léčby nemohou být jedinou kvalifikací pro práci v TK, ex-user musí absolvovat minimálně odpovídající výcvik. Pokud má své zkušenosti optimálně zpracované, může jeho příklad rozšířit terapeutický potenciál týmu.¹³⁷

¹³⁵ Etický kodex a Listina práv členů terapeutické komunity viz Příloha J.

¹³⁶ V americkém modelu (podle vzoru Synanon) je naopak působení ex-userů v TK samozřejmostí a neprofesionálové tvoří často většinu týmu.

3.4.4 Výsledky léčby a efektivita

Přestože závislost na návykových látkách má obecně nízkou míru vyléčitelnosti, léčba v terapeutické komunitě je obecně považována za poměrně účinnou. Nelze samozřejmě očekávat, že každý klient, který projde terapeutickou komunitou, dosáhne takových osobnostních a sociálních změn, které okamžitě povedou k naprostému vyléčení. Nicméně podle dostupných zdrojů a statistik jednotlivých zařízení¹³⁸ lze konstatovat, že téměř 75% závislých, kteří absolvují alespoň dvě třetiny programu TK, nadále abstínuje a udržuje zdravý životní styl.

Výsledky léčby v terapeutických komunitách byly a jsou tématem mnoha výzkumných prací a studií. Efektivita léčby v TK pro drogově závislé závisí na mnoha faktorech, ovšem nejvíce odpovídajícím prediktorem úspěšného výsledku je délka setrvání v programu. Ti, kteří léčbu řádně dokončí, jsou významně úspěšnější ve třech základních oblastech – užívání drog, kriminalita a zaměstnání. Tato kritéria použili pro své výzkumy v amerických terapeutických komunitách De Leon a Holland. Zaměřili se jak na klienty, kteří z léčby odešli předčasně, tak na absolventy celého programu. Snížení užívání drog vykazuje 85 až 90% absolventů (oproti 25 až 40% předčasně odcházejících), redukce kriminality na základě měření počtu zatčení či odsouzení je patrná u 98% absolventů (u předčasně odcházejících je redukce nulová), a nárůst doby zaměstnanosti u dokončených léčeb činí přes 150% (oproti nárůstu o 30 až 45% u předčasně ukončených).¹³⁹

Z těchto výsledků vyplývá důležitý úkol všech terapeutických komunit pro závislé – snižovat počty předčasných odchodů na minimum. Podle studií zaměřených na retenci (délka setrvání v programu) se ukazuje, že většina předčasných odchodů se odehrává v prvních třech měsících léčby. Klienti,

¹³⁷ srov. Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 202

¹³⁸ Výsledky efektivitu programu TK Magdaléna viz Příloha K.

¹³⁹ srov. Kooyman, M., 2004, s. 92 - 94

kterí komunitu takto opouští, často vykazují vyšší hodnoty psychopatologie, nižší tlak ze strany rodiny a blízkých osob a nedostatečnou vnitřní motivaci a odhodlání k léčbě.¹⁴⁰ Posilování motivace se tak jeví jako vhodný prostředek k udržení klienta v léčbě.

V současné době probíhá Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě (EVLTK), první výzkumná studie tohoto druhu v České republice. „Hlavním cílem je zjistit, k jakým změnám dochází u klientů, kteří absolvují léčbu v terapeutické komunitě pro drogově závislé.“¹⁴¹ Očekávané výsledky jsou rozděleny do čtyř kategorií: 1. redukce problémového užívání drog a alkoholu, 2. zlepšení v osobním a sociálním fungování, 3. snížení rizik v oblasti veřejného zdraví a bezpečnosti, 4. zlepšení kvality života. Do studie je zapojeno pět terapeutických komunit, sledování budou klienti, kteří nastoupí do léčby v roce 2007 a 2008. Dotazování bude probíhat v době nástupu a ukončení léčby a dále tři, šest a dvanáct měsíců po ukončení programu. Předpokládá se, že výsledky budou použity pro zpracování návrhu indikátorů úspěšné léčby v TK.¹⁴² Podobné výzkumy jsou průběžně prováděny po celém světě, většinou pod záštitou některé organizace zastřešující terapeutické komunity (např. ATC – Association of Therapeutic Communities, EFTC – European Federation of Therapeutic Communities apod.).

¹⁴⁰ tamtéž, s. 96 - 99

¹⁴¹ Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003 – 2006. Dostupné z URL: <http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/studie> [cit. 2007-11-17]

¹⁴² tamtéž

4. Prostředky a nástroje osobnostního a sociálního rozvoje klienta v terapeutické komunitě pro drogově závislé

Při léčbě závislostí se jeví jako nosný model stádií změny vytvořený Prochaskou a DiClementem. Tento kruhový model se ukazuje jako vhodný hlavně z toho důvodu, že proces údravy nikdy neprobíhá lineárně, ale spíše po spirále, takže je možné všechny fáze několikrát opakovat, než dojde k trvalejší změně. Jednotlivá stadia změny autoři definují jako „specifické konstelace postojů, záměrů a chování, které se vztahují k postavení jedince v cyklu změny (...) Každé stadium odráží nejen časový úsek, ale také řadu úkolů, které je nutno splnit, aby mohlo dojít k posunu do dalšího stadia.“¹⁴³

Cyklus změny sestává z těchto etap:

1. **prekontemplace** – jedinec si svoje viditelné problémy plně neuvědomuje, nemá zatím v úmyslu měnit své chování.
2. **kontemplace** – klient si začíná důsledky svého chování uvědomovat, motivace ke změně vzrůstá. Vztah k droze přerůstá od čistě pozitivního k ambivalentnímu, závislý začíná uvažovat nad tím, jak své problémy zvládnout.
3. **příprava** – dochází k rozhodnutí, klient činí první kroky směřující k realizaci změny (např. nástup do léčby).
4. **akce** – klient intenzivně pracuje na změně svého chování a prožívání (léčba).
5. **udržení** – jedná se o udržení navozených změn, tedy snaha o zvládnutí abstinence a prevence relapsu. Toto období vyžaduje pomoc a podporu – pokud dojde k opětovnému užití drogy, je třeba tuto zkušenost vhodně začlenit do procesu změny: „Jsme třeba připraveni ke změně, ale přijde

¹⁴³ Prochaska, J. O., Norcross, J. C., 1999, s. 396

bod, kdy se to zhoupne, kdy si možná potřebujeme ověřit, že cesta, kterou jdeme, za to stojí.¹⁴⁴

4.1 Program terapeutické komunity

Program v terapeutické komunitě se odvíjí od její filozofie a stanovených cílů. Připomínám, že prostředí komunity samo o sobě je terapeutické, všechny aktivity a složky programu mají terapeutický a výchovný potenciál. Autoři¹⁴⁵ dělí základní terapeutické a výchovné prvky programu do čtyř skupin:

1. **Prvky zaměřené na chování** – zpětná vazba a intervence, konfrontační skupiny, struktura, pravidla, řád, hierarchie.
2. **Prvky zaměřené na emoce a vývoj osobnosti** – individuální, skupinová a rodinná terapie + speciální postupy (arteterapie, dramaterapie, psychodrama, tanec atd.)
3. **Prvky zaměřené na vzdělání, etiku, spiritualitu** – vzdělávání, semináře, diskuse, tematické skupiny.
4. **Prvky zaměřené na dovednost přežít a být profesně zajištěn** – sociální učení, práce, komunikační dovednosti, asertivní trénink.

4.1.1 Režim

Komplexní režimový program vytvářejí souhrnně jednotlivé aktivity, prolínající se životem v komunitě.¹⁴⁶ Režim představuje vnější strukturu a klient jej postupně internalizuje¹⁴⁷, čímž se snaží dostát nárokům svého

¹⁴⁴ Kuda, A., cit. podle Císařová, P., 2002, s. 27

¹⁴⁵ srov. Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 203

¹⁴⁶ Jednotlivými aktivitami programu se zabývá část 4.1.3.

¹⁴⁷ De Leon rozděluje proces působení TK právě podle postupné internalizace norem u klienta: stadium podrobení se (tlak vnějších okolností), stadium konformity, stadium zaujetí (přijímání a aktivní prosazování norem) a konečně stadium internalizace norem a postojů. Srov. De Leon, 1995, cit. podle Nešpor, K., 1996, s. 98

okolí. Ihned po nástupu do léčby se vyžaduje dodržování určitého řádu. Noví klienti se většinou brání, okamžitá změna chování a jednání je pro ně obtížná, avšak pro dobré fungování v rámci komunity nezbytná. V této situaci bývá nabízena podpora „jednej jako by“ (act as if), což znamená, že klient má jednat, jako by byl zodpovědný, jako by již rozuměl hodnotám komunity, jako by už byl člověkem, kterým se chce teprve stát.¹⁴⁸

Režim zahrnuje časovou strukturu dne a týdne, je přesně určeno, co kdy kdo má dělat, jaké jsou povinnosti jednotlivých členů komunity a jaké odměny a sankce vyplývají z dodržování či nedodržování stanovených norem. Strukturovaný režim v terapeutické komunitě se přibližuje běžnému životu – nejvíce času v průběhu týdne zabírá práce, stejný díl je věnován spánku a volnočasovým aktivitám.¹⁴⁹ Zejména o víkendech, kdy je kladen důraz na odpočinek, se projevuje schopnost klienta vyplnit svůj volný čas, aniž by měl obvyklé tendence unikat k drogám.

Povinnosti klientů a požadavky na jejich chování v programu jsou zahrnuty v tzv. pravidlech. Pro všechny bezdrogové terapeutické komunity jsou společná tři základní pravidla: „neužívat drogy, alkohol či jiné látky měnící vědomí, neužívat násilí či výhrůžek a nemít sex s dalším členem komunity“¹⁵⁰. Zákaz navazování milostných vztahů slouží k tomu, aby se předešlo zneužívání blízkosti a důvěry a narušování terapeutického procesu. Porušení prvních dvou pravidel vede k vyloučení z komunity, v případě vyskytnutí intimního vztahu se s tímto jevem většinou nejprve terapeuticky pracuje, případně je jednomu z partnerů doporučeno odejít do jiného zařízení. Kromě těchto tří kardinálních pravidel má každá komunita formulované další normy, které je třeba dodržovat. Mezi ně patří povinná účast na všech aktivitách programu (souvisí s aktivní rolí klienta v léčbě), nadřazenost zájmů komunity nad zájmy jedince (podřízení se závazným rozhodnutím komunity), zákaz „toxických řečí“ (hovory o drogách) mimo

¹⁴⁸ srov. Kooyman, M., 2004, s. 19

¹⁴⁹ Týdenní rozvrh a časovou dotaci jednotlivých aktivit v TK Magdaléna uvádí Příloha L.

¹⁵⁰ Kooyman, M., 2004, s. 38

skupinová sezení apod. Pravidla musí být jasná a srozumitelná pro všechny členy, stejně jako sankce, která vyplývají z jejich porušování.¹⁵¹

Sankce je forma trestu za neplnění povinností, porušování pravidel a řádu nebo jakékoli negativní chování. Pokud nepostačuje slovní konfrontace, přistupuje se k udělení sankcí, kterými mohou být určité práce nebo činnosti prospěšné celé komunitě, písemný úkol, sestup v hierarchii nebo sesazení do nižší fáze či přímo výzva k odchodu užívaná u nejzávažnějších přestupků. V případě vyloučení z komunity je zajišťována následná péče v některém ze spolupracujících zařízení. Naopak získávání odměn za pozitivní chování nebo činy není tak zřetelné jako udělování sankcí. Je však důležité, že jakékoli vyjádření pochvaly, podpory či ocenění bývá samo o sobě odměnou. Odměňování klienta probíhá formou udělování různých privilegií či výhod a také postupování v hierarchii komunity.

Součástí programu je tedy neustálé hodnocení klientova chování. Hodnotí se jeho působení v komunitě, plnění povinností a léčebného plánu. Každý klient vypracovává svůj týdenní a měsíční plán, který obsahuje různé cíle, jichž je třeba za daný časový úsek dosáhnout. V rámci tzv. hodnotících skupin (komunitních setkání) klient sám reflektuje své vlastní působení v komunitě a na toto hodnocení pak reagují všichni ostatní členové. Je důležité upozorňovat na rozdíly mezi tím, co klient o sobě říká, a tím co skutečně dělá, tedy na rozpor mezi realitou a tím, jak ji klient vnímá. Úkolem ostatních klientů a terapeutů je poskytovat zpětnou vazbu a korigovat klientovo sebehodnocení.

4.1.2 Fáze léčby

Klientova odpovědnost a podíl na rozhodování roste úměrně s délkou jeho pobytu v komunitě. Ve všech terapeutických komunitách pro závislé je proto léčba dělena do několika (obvykle čtyř) fází, jimiž klient postupně prochází. Každá z těchto fází má svá vlastní pravidla, povinnosti a práva,

¹⁵¹ Soubor pravidel v TK Magdaléna viz Příloha M.

nejvýraznější je míra přijímané odpovědnosti za sebe sama a podíl na chodu komunity v rámci různých funkcí. Postupování z jednoho stadia do dalšího zároveň informuje o plnění léčebného plánu klienta a hodnocení průběhu cesty ke změně. Jednotlivé fáze sledují tyto cíle:

- *vytvoření struktury,*
- *pozitivní i negativní hodnocení,*
- *trénink odpovědnosti,*
- *uvědomění si možností a limitů, které nám přinášejí jednotlivá životní období a různé situace,*
- *vytváření takového prostoru, který před klienta staví přiměřené nároky, které mu umožňují růst a přitom respektují fázi jeho vývoje.*¹⁵²

Před nástupem do komunity musí klient projít detoxifikací nebo krátkým pobytem v ústavním zařízení (nejčastěji psychiatrické léčebně). Přijetí do TK předchází několik pohovorů a návštěv. Sleduje se hlavně motivace adepta ke změně, jeho očekávání a schopnost dostát nárokům léčby. Jakmile je klient přijat, je představen členům týmu i klientům, což obvykle doprovází nějaký rituál – skok do rybníka, ustřížení vlasů, křičení o pomoc atd. Současně je novému členovi přidělen některý ze stávajících klientů („bratr“ nebo „sestra“, „patron“), který ho seznamuje s hodnotami, normami, pravidly a životem v komunitě vůbec. Nově přijatý klient se automaticky ocitá v „nulté“ fázi.

Pro přiblížení průběhu a náplně jednotlivých fází použiji rozdělení programu v TK Magdaléna¹⁵³:

0. fáze – dva a více týdnů

Nultá fáze je určena k seznámení s komunitou a jejím programem. Klient ještě není považován za člena TK, v průběhu tohoto období se rozhoduje, zda chce setrvat v programu, charakteristická je práce s motivací.

¹⁵² srov. Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 203

¹⁵³ podle Manuálu TK Magdaléna, verze duben 2006

Stejně tak slouží nultá fáze terapeutickému týmu k seznámení se s klientem a ke zvážení, zda pro něho pobyt v TK může být přínosem, či by pro něho byl účelnější jiný typ léčby.

Během nulté fáze klient:

- a) absolvuje všechna potřebná vstupní vyšetření či odběry, je zaregistrován u obvodního lékaře,
- b) vypracuje nejméně desetistránkový životopis,
- c) seznámí skupinu se svým životem včetně drogové kariéry na autobiografické skupině,
- d) prokazuje, že je schopen fungovat v režimu a zodpovědně pracovat v terapeutickém procesu, tedy i připraven podepsat standardní kontrakt o léčbě,
- e) prokazuje znalost pravidel komunity.

Klient v této fázi není za pochybení v režimu sankcionován. Je zcela bez kontaktu se světem mimo komunitu, vycházky smí absolvovat pouze v doprovodu týmu. Jakmile splní všechny požadavky, může požádat o přestup do první fáze. Přestup probíhá na Velké komunitě, která se koná jednou měsíčně. Klient musí složit slib a odevzdat nějaký předmět, který je spojený s jeho drogovou minulostí. Poté komunita hlasuje o jeho přijetí či nepřijetí. Pokud je klient přijat, musí symbolicky bojovat o začlenění – stávající členové komunity utvoří pevný kruh se zaklesnutýma rukama, nováček zůstává vně kruhu a snaží se jakýmkoli způsobem proniknout dovnitř. Tato technika, převzatá z psychogymnastiky, umožňuje rozpoznat sílu motivace, aktivitu a způsoby vyrovnávání se s překážkou nového člena.¹⁵⁴ Nakonec klient dostává nějaký dárek či upomínkový předmět (např. tričko s logem komunity).

I. fáze – přibližně tři měsíce

Klient v první fázi by se měl přizpůsobovat životu bez drog. Je důležité, aby nahlédl na své problémy způsobené závislostí a

¹⁵⁴ srov. Kratochvíl, S., 1979, s. 69

destruktivním chováním a rozhodl se pro celkovou změnu životního stylu. Hlavním cílem tohoto období je vytvoření atmosféry vzájemné důvěry. První fáze je nejrizikovější, co se týče vypadnutí klienta z léčby (drop-out). Prevenci vypadnutí je proto třeba věnovat dostatečnou pozornost.

Během první fáze klient:

- a) prokazuje schopnost iniciativního postoje k práci na sobě v psychoterapeutické skupině,
- b) bezproblémově funguje v režimu a je schopen dobře obstát ve funkcích v rámci komunity,
- c) společně se svým garantem (členem týmu, který individuálně vede klienta) zpracovává průběžně individuální léčebný plán,
- d) v rámci rodinné terapie absolvuje skupinu o rodinných vztazích, eventuelně se zúčastní společných setkání s rodiči. Rodiče jsou požádáni o sepsání klientova životopisu z jejich pohledu.

Klient má povoleny vycházky pouze za doprovodu jiného rezidenta ve vyšší fázi, jedenkrát za čtrnáct dní může přijímat návštěvy – rodiče nebo partnera. Přestup do další fáze je podmíněn vypracováním „elaborátu“ na určené téma. Den před Velkou komunitou, na které proběhne hlasování o přestupu, drží bobříka mlčení.

Klienti nulté a první fáze se střídají v těchto funkcích: rozvíčkař (vede ranní rozvíčku), zvoník (zvonem oznamuje přípravy, začátky a konce všech aktivit vyjma jídel), kuchtík (pomáhá s vařením, uklízí v kuchyni), úklidář (uklízí dům, zodpovídá za dodržování pořádku, doplňuje hygienické potřeby atd.), prادلena (stará se o praní, sušení a žehlení prádla), pomocník hospodáře (pomáhá na farmě u zvířat), dojič (denně dojí mléko a stará se o evidenci a údržbu dojičky), pomocník zahradníka (zalévá plodiny a rostliny), kotelník (budí ostatní klienty, stará se o kotelnu).

II. fáze – přibližně šest měsíců

V této fázi klient již přijímá a uplatňuje hodnoty komunity, aktivně pracuje na své osobnostní a sociální změně a reflektuje své negativní

chování v minulosti. Učí se a přijímá nové role, snaží se najít sama sebe a přebírá odpovědnost za sebe i jiné členy komunity.

Během druhé fáze klient:

- a) prokazuje dlouhodobou schopnost iniciativního a zodpovědného přístupu k práci na sobě,
- b) zvládá významné, odpovědné funkce, účastní se řízení chodu komunity, pomáhá ostatním („patron“),
- c) společně se svým garantem průběžně zpracovává individuální plán,
- d) připravuje si plán hledání zaměstnání,
- e) má uspořádány občansko-právní záležitosti (doklady, pojištění, dluhy atp.).

Ve druhé fázi má klient povoleny samostatné vycházky do blízkého okolí, každou neděli může pozvat někoho blízkého na návštěvu (dle dohody lze pozvat např. rodinného příslušníka na několikadenní návštěvu, spojenou s rodinnou terapií). Po schválení má klient možnost absolvovat jednodenní (později celovíkendový) samostatný výjezd.

V závěru druhé fáze klient přechází do režimu tzv. mezifáze se sníženou pracovní dobou a menším podílem terapeutického programu. Účelem je dostatek prostoru pro nalezení zaměstnání, seznámení se s možnostmi následné péče a přemýšlení o vlastní budoucnosti. Součástí přestupu do třetí fáze je předání „Daru komunitě“ do rukou šéfa domu.

V rámci druhé fáze musí klient projít všemi odpovědnými funkcemi, mezi které patří: šéf domu (úzce spolupracuje s týmem, vede ranní komunitu a samořídící skupinu, zodpovídá za dodržování režimu, úklid a nákupy, plánuje práci, navrhuje sankce atd.), šéfkuchař (plánuje jídelníček, stará se o provoz kuchyně, vaří, doplňuje sklad potravin atd.), hospodář (pečuje o zvířata, zodpovídá za údržbu farmy, krmení atd.). Součástí povinností všech klientů bez rozdílu fází je také starost o cyklistická kola, sportovní náčiní a posilovnu, údržba dílny, požární nádrže a keramické

dílny, k nutným pracím patří i šití a zašívání, péče o květiny v domě a akvárium nebo vedení kroniky.

III. fáze – přibližně tři měsíce

Účelem této fáze je připravit klienta na opuštění komunity a začlenění se od běžného života „venku“. „V této fázi je důležité postavit hranici mezi přemýšlením zaměřeným do minulosti – jaké životní kroky mě dovedly až sem – a zaměřením do budoucnosti – jak zařídím, abych abstinovat, jakou budu mít práci, co chci v životě dělat?“¹⁵⁵ Třetí fáze je obvykle náročná pro všechny zúčastněné – dochází ke stále větší separaci klienta, přičemž on sám ji ne vždy vnímá pozitivně. Přirozeně může projevovat tendence bránit se odpoutání od prostředí, v němž strávil významný rok života. Důležitá je podpora všech členů týmu a usnadnění odchodu z komunity.

Během třetí fáze klient:

- a) nastupuje do takového zaměstnání, které nekoliduje s terapeutickým programem; alternativou je práce přímo v rámci Magdalény, o.p.s. (obecně prospěšné práce financované pracovním úřadem, zaměstnání v truhlárně nebo zahradnictví za minimální mzdu),
- b) absolvuje stanovený léčebný program, jehož náplň upravuje samostatný manuál a individuální plán,
- c) zařizuje si bydlení mimo komunitu (popř. žádá místo ve chráněném bydlení v areálu TK) a připravuje plán následné péče.

Pro ukončení pobytu je nutné splnit tyto podmínky: stabilizace klienta v pracovním procesu (příp. zajištění dalšího vzdělávání, nástup do školy apod.), bezproblémové zvládnutí samostatného pobytu mimo komunitu, vypracování plánu doléčování, který schvaluje komunita. Samotné opuštění komunity probíhá v rámci Velké komunity a je provázeno spoustou rituálů. Klient věnuje dárky všem členům TK, loučí se se svým garantem. Od všech členů obdrží zapečetěnou láhev obsahující malé papírky, na které všichni

¹⁵⁵ Kuda, A., cit. podle Císařová, P., 2002, s. 27

členové napsali rady a doporučení pro případ krize – pokud se klient ocitne v nějaké situaci, která by mohla vést k relapsu, může tuto láhev rozbít. Součástí propouštění klienta je také společná večeře celé komunity a zvonění na zvon při odchodu. Všechny rituály mají velký emocionální náboj.

Po opuštění komunity klient nastupuje do některého spolupracujícího zařízení zajišťující doléčování nebo chráněné bydlení a práci, případně využije služeb chráněného bydlení přímo v areálu TK Magdaléna (program následné péče CHRPA). Klient také může využít nabídky svépomocných skupin (např. Anonymní narkomané). Návrat do přirozeného prostředí je mnohdy bolestivou a obtížnou zkušeností, spojenou se zklamáním a osamělostí. Cílem následné péče je podpora klienta v integraci do společnosti, udržování abstinence a upevnění pozitivních změn, kterých bylo dosaženo v rámci léčby.

4.1.3 Jednotlivé aktivity programu

Mezi prostředky léčby v terapeutické komunitě patří kromě režimu a uplatňované hierarchie také jednotlivé aktivity, které jsou součástí strukturovaného programu. Všem terapeutickým komunitám je většina aktivit společná (individuální, skupinová, rodinná, pracovní terapie, komunitní setkání atd.). Některé vzdělávací, volnočasové aktivity a speciální metody terapie zařazují jednotlivé TK podle svých možností.

Komunitní setkání

Komunitní setkání mají klíčový význam pro optimální fungování celé TK. Jejich cílem je společné řešení všech problémů, které se v životě komunity vyskytují. Podstatné je sdílení informací a přijímání rozhodnutí všemi členy. Kratochvíl¹⁵⁶ rozlišuje schůze organizačního typu, kde se

¹⁵⁶ srov. Kratochvíl, S., 1979, s. 40 - 42

projednávají záležitosti týkající se chodu zařízení, a interakčního typu, které jsou zaměřeny především na vzájemné vztahy. V terapeutických komunitách pro závislé jsou běžná každodenní komunitní setkání, která mají přesně stanovenou strukturu, a tzv. velké komunity (zpravidla jedenkrát měsíčně), určené k projednávání zvláště závažných problémů a přijímání důležitých rozhodnutí (hodnocení jednotlivců i celého fungování komunity, přestupy do jednotlivých fází apod.).

Skupinová psychoterapie

Skupinová psychoterapie je stěžejní částí programu všech terapeutických komunit. Je nutné upozornit, že celá komunita je založena skupinovém terapeutickém procesu, kdy terapie probíhá 24 hodin denně. Nyní mám ale na mysli skupinovou psychoterapii v užším pojetí, tedy jednotlivá skupinová sezení, která se konají dvakrát až třikrát za den a mají různé zaměření.

Podle Kratochvíla¹⁵⁷ rozlišujeme tři hlavní druhy sezení – biografické, tématické a interakční¹⁵⁸, které se však do značné míry prolínají. Při biografickém sezení je pozornost zaměřena pouze na jednoho člena, jeho problémy a fungování v komunitě¹⁵⁹, nebo na jeho předcházející život mimo TK (tzv. životopisná skupina). Tématické sezení se zabývá různými otázkami a problémy, které jsou společné pro více jedinců. Zpravidla si jeden klient (popř. dvojice klientů) vybere určité významné téma, o kterém se na skupině bude hovořit, a požádá ostatní o vyjádření jejich zkušeností, postojů a názorů. Interakčně orientované sezení může být strukturované nebo nestrukturované, může mít čistě diskusní charakter, nebo lze zařazovat různé speciální techniky. Interakční skupina zpravidla začíná otázkou

¹⁵⁷ srov. Kratochvíl, S., 2005, s. 93 - 109

¹⁵⁸ V terapeutické komunitě k nim lze přiřadit ještě jeden druh sezení, tzv. samořídící skupiny, které jsou vedeny jedním z klientů (zpravidla šéfem domu) a probíhají bez účasti terapeutů.

¹⁵⁹ Pro skupiny zaměřené na hodnocení chování jednotlivých klientů a plnění jejich léčebného plánu se v TK užívá označení „hodnotící“.

terapeuta „Co kdo má (k projednání, k řešení...)?“ Důležitá je i orientace skupinového sezení se zřetelem k místu a času¹⁶⁰ – „tady a teď“, „tam a tehdy“, „tam a potom“ aj. V terapeutických komunitách lze uplatnit všechny alternativy, avšak nejvýraznější je prvně jmenované zaměření na současné dění a interakci ve skupině.

Průběh jednotlivých sezení a užívání metod a technik záleží do značné míry na teoretických východiscích, o něž se opírá terapeut (popř. dvojice terapeutů), který skupinu vede. Nejčastěji se používají psychodynamické a kognitivně-behaviorální přístupy, nicméně pro terapeutickou komunitu se jako nejvhodnější jeví optimální spojení více směrů, zejména tzv. integrovaná psychoterapie vytvořená manželi Knoblochovými.¹⁶¹ Integrovaná terapie se vyznačuje tím, že: 1. zahrnuje všechny psychoterapeutické tradiční modalitty, 2. užívá nejrozličnější techniky, verbální i neverbální, 3. kriticky zhodnocuje všechny výrazné směry v psychoterapii, 4. rozšiřuje teoretický rámec malé společenské skupiny, na jehož základě jsou sjednoceny všechny modalitty a užití techniky.¹⁶²

Skupinových sezení se mohou zúčastnit všichni klienti komunity nebo lze připravovat skupiny určené pouze rezidentům v určité fázi, ženám a dívkám apod. V každém případě se vždy jedná o otevřené skupiny, neboť jednotliví členové průběžně komunitu opouštějí a zároveň přicházejí noví klienti. K tomu ale nedochází příliš často, proto komunita disponuje i některými rysy charakteristickými hlavně pro uzavřené skupiny – vytvořené normy, role, dynamika, stadia vývoje, stupeň soudržnosti (koheze) i míra prožívaného napětí (tenze). Práce skupiny, stejně jako celé komunity, má své hlavní zásady, které nelze porušovat, např. zásada otevřenosti a

¹⁶⁰ Podrobnější popis orientace skupinových sezení z hlediska místa a času uvádí Příloha N.

¹⁶¹ Za základní úkol integrované psychoterapie autoři (Knobloch, F., Knoblochová, J., 1999, s. 107) považují „zjišťování problémů a důležitých skutečností, zjištění a udržování motivace k léčbě, dohoda o společném výkladovém rámci, korektivní učení a nové učení, a generalizace do každodenního života“. Je tedy evidentní, že takto pojatá terapie nalézá v TK široké uplatnění.

¹⁶² srov. Knobloch, F., Knoblochová, J., 1999, s. 22 - 23

upřímnosti, zodpovědnosti v jednání, dodržování důvěrnosti, zákaz vytváření podskupin apod.¹⁶³

Individuální psychoterapie

Individuální vedení a podpora klienta v terapeutické komunitě nabývá stále většího významu. K tomuto účelu má každý klient svého garanta (člena týmu), se kterým společně vypracovávají a hodnotí léčebné plány a zabývají se různými obtížemi během celého pobytu. Klient má možnost požádat o individuální sezení s terapeutem kdykoli, jestliže cítí potřebu pracovat na určitém problému mimo skupinu. Individuální psychoterapie je jedinou složkou programu TK, která neprobíhá kolektivní formou. Je však třeba zdůraznit, že každé téma by se mělo do skupiny vrátit, což znamená, že není možné před komunitou něco zatajovat nebo žádat terapeuta, aby si určité věci nechal sám pro sebe. Důležitým aspektem individuální terapie je průběžné posilování motivace ke změně a prevence předčasného odchodu z léčby.

Speciální formy psychoterapie

Kromě klasické skupinové psychoterapie nachází v komunitě své místo také různé formy speciální terapie, zejména arte-, drama-, muziko- nebo biblioterapie, dále pak scénický výraz, psychodrama, psychogymnastika a další. Všechny uvedené formy jsou mezi klienty velmi oblíbené, neboť jsou spojeny se zábavnými a naplňujícími aktivitami. Nejde přitom o vytvoření nějakého hodnotného uměleckého díla, ale o vyjádření vlastních pocitů, odreagování, uvolnění napětí atd.

Arteterapie je psychoterapeutická metoda využívající výtvarných prostředků a aktivit jedince. Poskytuje prostor pro projevení různých problémů jedince a jejich vyjádření a zpracování výtvarnou formou. Arteterapie ve skupině většinou probíhá tak, že klienti nejprve kreslí, malují

¹⁶³ srov. Kratochvíl, S., 2005, s. 46 - 47

či modelují nějaký produkt na zadané téma a poté následuje společná diskuse nad jednotlivými výtvary.

Dramaterapie spočívá ve společném zpracování vybrané divadelní hry. Významný terapeutický potenciál přináší převzetí určité role, vcítění se do této role, opakované zkoušení hry i samotné představení. Klienti často překonávají sami sebe, neboť plně nedůvěřují svým schopnostem a mají obavy z veřejného vystupování. Zážitek úspěchu sbližuje členy ve skupině a výrazně napomáhá požadované změně chování a prožívání.

Muzikoterapie využívá k terapeutickému působení hudby, a to jak poslech, tak samotnou reprodukci. Hudba působí přímo na emoční oblast, reguluje nálady jedince a zmírňuje úzkost. Jejím prostřednictvím lze dosáhnout zlepšení interpersonálních vztahů, komunikačních dovedností, redukovat strach, posilovat sebedůvěru i celkově aktivovat osobnost jedince. „Hudba zasahuje svět pocitů a prožívání daleko intenzivněji než mluvené slovo.“¹⁶⁴

Biblioterapie nebo poetoterapie je metoda, která pracuje s literaturou všeho druhu. Může mít jak receptivní, tak expresivní formu, přičemž hlavním cílem je vyvolat určité reakce a diskusi na dané téma. Úryvky textů jsou pečlivě vybírány tak, aby u klientů navodily určité pocity, oživovaly nevyřešené problémy a konflikty nebo vybízely k diskusi nad důležitými tématy. Kromě terapeutického účinku má práce s literárními díly a psaní textů také významný výchovný a vzdělávací dopad.

S emotivně nabitými texty se pracuje i v technice nazývané „**scénický výraz**“. Klient si předem připraví určitý úryvek, který je mu svým obsahem blízký, na skupině jej nahlas přečte a poté zahájí diskusi na příslušné téma. Hlasité čtení působí na verbálně expresivní složku komunikačního projevu, dochází ke značné sebeexploraci a vyjádření aktuálního emocionálního rozpoložení jedince.

¹⁶⁴ Lakomá, J., 1993, s. 53 - 54

Jednou z nejpobulárnějších technik, užívaných během skupinových sezení, je Morenovo *psychodrama*. Psychodrama účinně propojuje psychologické prostředky s divadelními prvky. V podstatě jde o dramatické ztvárnění nějaké konkrétní problémové nebo konfliktní situace z klientova života, přičemž dotyčný má možnost vyzkoušet si více rolí a nacvičovat tak nové formy chování, korigovat postoje nebo názory a měnit svůj „pohled na věc“. Protagonisté se na scéně mohou různě střídat a přehrávat jiné, přijatelnější možnosti řešení.¹⁶⁵ Psychodrama přináší kromě sebepoznání a náhledu i možnost emocionální korekce, rozvíjení empatie a porozumění druhým včetně příčin jejich jednání. Obvykle se psychodramatické sezení skládá z několika částí. Úvodní technika se nazývá rozehrátí, které slouží k uvolnění atmosféry, následuje vybrání problematiky, rozdělení účastníků na diváky, herce a režiséra, vlastní hra a nakonec „sdílení pocitů“. Poslední fáze poskytuje prostor pro zpětnou vazbu protagonistům a vyjádření prožívaných emocí.

Psychogymnastika je neverbální technika, která byla vyvinuta českými odborníky.¹⁶⁶ Cílem psychogymnastických cvičení je poznání a změna osobnosti pomocí neverbálních komunikačních prostředků. Klasické dělení terapeutického bloku je na část průpravnou, která slouží k rozhýbání a uvolnění zábran, část pantomimickou, kdy klienti vyjadřují dané téma prostřednictvím pantomimy a gymnastických prvků, a část závěrečnou, jejímž účelem je sdílení emocí a zpracování vnořeného materiálu. Témata, která mohou být využívána, lze rozdělit do čtyř skupin: 1. běžné životní situace, 2. obecně lidské konflikty, vnitřní i vnější, 3. specifická problematika jednotlivých klientů, 4. interpersonální vztahy ve skupině.¹⁶⁷ Psychogymnastika pomáhá odbourat tenzi a zaměřit se na maladaptivní

¹⁶⁵ Psychodramatických technik je celá řada, např. výměna rolí, vnitřní monolog, alter ego, svědomí atd.

¹⁶⁶ Za průkopníky systematické psychogymnastiky jsou považováni Hana Junová, Ferdinand Knobloch a Jiřina Knoblochová. Srov. Kratochvíl, S., 2005, s. 117

¹⁶⁷ srov. tamtéž, s. 120

prožívání jedince. Společné sdělování pocitů a jejich interpretace mohou vést k usměrňování řešení emocionálně nabitých konfliktů i k nácviu nových postojů.

Skupiny setkání, tzv. *encounter groups*, byly součástí terapeutických komunit už v dobách jejich vzniku. Jejich průběh byl však odlišný od přístupu vyvinutého humanistickými psychology – někdy se pro označení těchto skupin používá název konfrontační kvůli důrazu kladenému na kritiku a konfrontaci. Celá skupina se vždy zaměřuje na jednoho člena, jehož chování je cílem zmíněné konfrontace, přičemž se používají různé techniky jako přehánění, zesměšňování, napodobování apod.¹⁶⁸ „Encounter groups umožňují legitimní a pečlivě usměrňovanou ventilaci verbální hostility a agrese, kterou striktní pravidla komunity nedovolují jinde vyjádřit (...) Jedinec je nucen poslouchat ostatní, kteří mu říkají, jak vidí jeho chování, poukazují na to, že určité problémy, na které si stěžuje, jsou důsledkem jeho vlastního chování...”¹⁶⁹ Důležitou roli hraje velmi hlasité vyjadřování emocí, zpracovávání aktuálních i minulých interpersonálních konfliktů a závěrečná reflexe.

Relaxace a imaginace si klade za cíl jak celkové uvolnění, tak i odkrytí nevědomých motivů a konfliktů a jejich odreagování a katarzi. Často se využívá autogenní trénink, dechová cvičení, jóga, spontánní i řízená imaginace (např. katatymní prožívání obrazů). Relaxace nabízí prostor k odpočinku a celkovému tělesnému i duševnímu uvolnění, umožňuje klientům více poznat vlastní tělo a jeho fungování. Pomocí imaginačních technik se klienti na chvíli odpoutávají od reality, setrvávají v meditativním pohroužení, které může být doprovázeno příjemnými, ale i nepříjemnými prožitky. Prostřednictvím relaxace a imaginace dochází k hlubšímu sebeuvědomování, sebepoznávání a sebezdokonalování.

¹⁶⁸ srov. Kooyman, M., s. 44 - 50

¹⁶⁹ Broekaert, E. et al., 1999, s. 261 - 262

Některé speciální formy psychoterapie mohou být včleněny do běžných skupinových sezení, některé mohou existovat jako samostatné bloky. Záleží především na možnostech jednotlivých komunit a na dovednostech terapeutů, nakolik uvedené formy terapie využijí. Důležité je, že pro práci s drogově závislými klienty v TK jsou netradiční sezení velmi přínosná díky přímému „tahu na bránu“ a odlišnému (zejména neverbálnímu) způsobu vyjadřování problémů.

Rodinná terapie

Původní rodina klienta je objektem terapeutického zájmu, neboť právě rodinné konstelace a problémy často stojí u zrodu závislosti. Cílem intervence ovšem není „vyléčit“ rodinu, ale spíše „využít jejích prostředků, aby bylo možné efektivněji pomoci závislému dítěti“¹⁷⁰. Přitom nelze opomínat ani potřeby a problémy jednotlivých členů rodiny. Úkoly rodinné terapie při práci s drogově závislými vymezují autoři¹⁷¹ takto: 1. získání členů pro účast v terapii, 2. diagnostika - identifikace příčinných podnětů a důsledků užívání, zmapování role individuálních, rodinných a jiných interpersonálních systémů v udržování užívání návykových látek, 3. zavést procesy změny, které povedou k ovlivnění závislosti, 4. změnit příčiny užívání návykových látek, zpevnit pozitivní důsledky abstinence, 5. změnit vzorce rodinné interakce, komunikační schopnosti a schopnosti řešit problémy a posoudit, která témata, pravidla a role narušují efektivní fungování rodiny.

S rodiči a partnery klientů se v terapeutické komunitě pracuje zpravidla během jejich návštěv v TK (některé komunity nabízejí i prodloužené víkendové pobyty), a také na rodičovských skupinách, pravidelně pořádaných mimo areál komunity. Přístupy, využívané k této intervenci, lze rozdělit do několika skupin:

¹⁷⁰ tamtéž, s. 260

¹⁷¹ srov. McCrady, B. S., Epstein, E. E. in: Rotgers, F., 1999, s. 109 - 110

- přístupy zaměřené na dynamiku, na rodinné interakce (oblast vzájemného chování a oblast vzájemného prožívání – sdílení citů),
- přístupy soustřeďující se na strukturu rodiny a vztahy v rodině,
- přístupy zaměřené na problematiku vývojových fází rodiny,
- přístupy systemické,
- přístupy vycházející ze školy tzv. biosyntézy, chápající rodinný systém jako živý organismus.¹⁷²

Záleží na volbě terapeuta, které techniky a metody při práci s rodinou zvolí, u nás je pravděpodobně nejrozšířenější systémový a systemický přístup.¹⁷³

V rodinné terapii se tedy pracuje nejen se závislostí „problémového“ člena, ale se všemi okolnostmi, za kterých maladaptivní chování vzniká, probíhá a udržuje se. „To, co je dnes patologií, znamenalo v minulosti úspěch v adaptaci na podmínky prostředí.“¹⁷⁴ Je na místě zkoumat takové jevy jako je struktura rodinného systému a hranice mezi rodiči a dětmi, průběh separace dítěte, kodependentní vztahy, role závislosti v rodinné homeostáze, komunikační vzorce a způsoby vyjadřování emocí, zisky a ztráty rodiny a jednotlivých členů ze závislosti, aj. Obecně lze tvrdit, že „využívání rodinné terapie kromě jiného zvyšuje schopnost pacienta či klienta dokončit léčbu a zlepšuje léčebné výsledky“¹⁷⁵. Je tedy nutné pracovat také s tím, jak jednotliví členové systému vnímají problém a jak by mohli být nápomocní při jeho řešení. Zejména u adolescentů je zlepšení či obnovení rodinných vztahů důležitou podmínkou celkové sociální rehabilitace.

Na rodičovských skupinách se pracuje s pocity viny, s úzkostmi a strachy a traumatickými zážitky spojenými se závislým chováním dítěte. Vhodné jsou i různé nácviky konstruktivního řešení problémů, např. tzv.

¹⁷² srov. Rieger, Z., Vyhnálková, H., 1996, s. 14 - 16

¹⁷³ Základem teorie i praxe systemické rodinné terapie je systémové myšlení a kybernetický model. Potřebná je změna celého rodinného systému, díky níž pak lze realizovat změny v chování a prožívání jednotlivce (prvku uvnitř systému). Srov. Jones, E., 1996, s. 22 - 27

¹⁷⁴ Vavrda, V. in: Vymětal, J. a kol., 1997, s. 55

¹⁷⁵ Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 49

tvrdé lásky (tough love)¹⁷⁶, a také příprava na možný relaps jako součást uzdravného procesu.

V rámci práce s rodinou závislého klienta je nutné dodržovat určitá pravidla, která se týkají vztahu tým-klient-rodina. V zásadě je lze shrnout do těchto bodů: autonomie (klienta, rodiny i terapeuta), nepoškozování, prospěšnost, věrnost (dodržovat sliby, ctít práva druhého, diskrétnost) a spravedlnost (zacházení jako rovný s rovným).¹⁷⁷ Je nutné mít na paměti, že v centru zájmu stojí především samotný klient a jeho léčba, proto není možné věnovat se rodinné terapii proti jeho vůli, ani pracovat s blízkými osobami takovým způsobem, který by mohl poškozovat nebo zraňovat klienta.

Pracovní terapie

Práce je velmi důležitou součástí programu terapeutické komunity. Během jakékoli pracovní činnosti se projevují stereotypy chování a návyky významné pro tuto oblast života. „Pracovní funkce zprostředkovávají podstatný vzdělávací efekt, podporují spojení s programem, poskytují příležitost pro rozvoj dovedností a posilují sebepoznávání a osobní růst.“¹⁷⁸ V každé komunitě se uplatňují různé druhy činností – nejčastěji je to úklid, práce v kuchyni, na zahradě, zvířecí farmě apod. Manuální a fyzicky zatěžující kolektivní práce je vnímána jako užitečná a terapeuticky přínosná. Je důležité, aby každá činnost byla pro klienty smysluplná a měla viditelný výsledek.¹⁷⁹ Klienti se v pracovních funkcích střídají, přijímají různě velkou zodpovědnost podle toho, v jaké fázi léčby se právě nacházejí. Zpravidla platí, že nejnáročnější a nejméně zodpovědné práce vykonávají klienti

¹⁷⁶ Termín pochází z USA a označuje postoje ve smyslu „akceptování a zároveň nekompromisní trvání na pravidlech“. Srov. Frouzová, M. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 77

¹⁷⁷ srov. Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 51

¹⁷⁸ De Leon, G., 2004, s. 140

¹⁷⁹ srov. Adameček, D., Richterová-Těmínová, M., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 204

nižších fází, zatímco „starší“ rezidenti fungují jako jejich vedoucí. Na každou skupinu pracujících klientů dohlíží pracovní terapeut, jehož úkolem je korigovat jejich návyky a postoje, rozvíjet potřebné dovednosti, vést k disciplíně a sebekontrolě, využít zátěže a s ní spojeného napětí a konfliktů k terapeutickým účelům apod.

Výchovně-vzdělávací aktivity

K výchovně-vzdělávacím částem programu TK patří různé semináře, přednášky, workshopy, tréninky a nácviky aj., přičemž některé z těchto aktivit mohou vést samotní klienti. Snad nejdůležitějším a nejžádanějším tématem je zvládání cravingu a prevence relapsu.¹⁸⁰ Relaps a porušení abstinence k drogovým závislostem neodmyslitelně patří, pravděpodobnost užití drogy po dokončení léčby je bohužel poměrně vysoká. Cílem prevence relapsu je naučit jedince rozpoznávat specifické rizikové situace, které vedou k touze po návykové látce („chuti na drogu“). Mezi tyto „spouštěče“ řadíme např. negativní fyzické a emocionální stavy, interpersonální konflikty, sociální tlaky, samotou a nudu, apod., přičemž některým se v běžném životě nelze vyhnout. Klient se učí dovednostem a strategiím, díky kterým by měl být schopen rizikové situace a stavy efektivně zvládnout.

Dalšími výchovně-vzdělávacími aktivitami v komunitě mohou být nácviky sebekontroly a sebeovládání, trénink asertivity a verbální i neverbální komunikace, nebo podpora praktických dovedností, souvisejících se schopností přežít – zvyšování právního vědomí, orientace v síti úřadů, dovednosti nutné pro hledání zaměstnání aj. U vybraných témat je možné aplikovat metody a techniky sociálně-psychologického výcviku nebo osobnostně-sociální výchovy.

¹⁸⁰ V současné době rozlišujeme relaps = návrat k užívání drog po období abstinence, který může vést zpět do závislosti, a laps = „uklouznutí“, jednorázové užití psychoaktivní látky. Používá se také pojem recidiva, tj. návrat do nemoci, která již byla vyléčena a jejíž příznaky vymizely.

Volnočasové a zájmové aktivity

Volnočasové a zájmové činnosti jsou zdrojem uvolnění a zábavy, klienti díky nim získávají nové zkušenosti, komunita se stmeluje. Obvyklou náplní volného času je sport, umělecké činnosti jako keramika, kreslení, divadlo, tanec atd., společenské hry nebo návštěvy různých kulturních akcí. Je podstatné, aby tyto aktivity měly výchovný a terapeutický potenciál a klient se jim mohl věnovat i po dokončení léčby.

Zátěžové aktivity s prvky zážitkové terapie a pedagogiky

Terapeutické komunity obvykle nabízejí možnost zúčastnit se různých výjezdových pobytů v přírodě, spojených se zátěžovými, outdoorovými aktivitami. Mezi nejoblíbenější činnosti patří lyžování, skálolezectví, vodáctví, vysokohorská turistika, cyklistické výlety aj. „Koncepce zážitkové pedagogiky (...) vychází z toho, že prožitky mezních fyzických a psychických stavů v přírodě výrazně zintenzivňují celý skupinově psychoterapeutický proces.“¹⁸¹ Pobyt v přírodě je spjat s extrémními, vzrušujícími a často adrenalinovými zážitky. Klienti se učí různým dovednostem potřebným k přežití v nezvyklých podmínkách, vyrovnávají se se stresovými situacemi a zkouší své fyzické i psychické možnosti. Neopomenutelný je i prožitek skupinové soudržnosti. Při zátěžových pobytech platí stejná pravidla a normy jako v běžném životě v komunitě.

Psaní deníků

Povinností klientů ve většině TK je vedení deníku, který se každý večer odevzdává týmu. Zápisy v deníku se týkají uplynulého dne, klient zaznamenává významné události, to, jak den prožil, co považuje za důležité, jak se během dne cítil apod. Během psaní si opět vybavuje a zároveň reflektuje své zkušenosti a zážitky. Terapeut, který má ten den službu,

¹⁸¹ Hájek, J., 1997, s. 145

deníky přečte, případně napíše svůj komentář k obsahu. „V denících pacienti často poprvé píšou o tom, co jim připadá těžké odhalit před celou skupinou. Terapeutovy povzbuzující komentáře jim tento úkol ulehčí a usnadní přednést své problémy.“¹⁸² Deníky tak slouží jako určitá forma obousměrné komunikace mezi klienty a členy týmu.

Sociální práce

Klienti terapeutických komunit mají často naléhavé problémy sociálního nebo právního charakteru. Pomoc při jejich řešení, poskytování informací a usnadňování přístupu k institucím je úkolem sociální práce. Cílem je zlepšit sociální fungování klienta, tj. naplnění jeho role ve společnosti, ve vztahu k lidem v bezprostředním okolí i ve vztahu k sobě samému.¹⁸³ Sociální pracovník v komunitě zpravidla napomáhá klientům řešit a optimalizovat jejich finanční situaci, radí v otázkách týkajících se zaměstnání nebo soudních sporů a trestního stíhání. Klient by se měl cítit schopný své problémy zvládnout, musí věřit v jejich překonání. Bez důvěry ve zlepšení sociální situace nelze úspěšně absolvovat léčbu a změnit životní styl.

4.2 Účinné terapeutické faktory

Účinné faktory psychoterapie lze definovat jako „terapeutem navozené děje, které vyvolávají změny v prožívání, jednání, tělesných funkcích anebo sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta“¹⁸⁴. Tyto faktory pak dělíme na obecné (nespecifické) a specifické. Mezi obecné faktory, které jsou přítomny u všech psychoterapeutických směrů, patří situace, v níž se odehrává terapeutický proces, osobnost terapeuta i klienta a vztah mezi těmito dvěma účastníky

¹⁸² Knobloch, F., Knoblochová, J., 1999, s. 202

¹⁸³ srov. Navrátil, P. in: Kalina, K. a kol., 2003b, s. 70

¹⁸⁴ Hanušová, I. in: Vymětal, J. a kol., s. 93

terapie. Naopak specifickými faktory se rozumí ty jevy, které jsou přítomny pouze u některých terapeutických škol, neboť každý směr klade důraz na jiné stránky osobnostního a sociálního rozvoje. Mezi specifické faktory řadíme změny v rozumové, citové, akční (tj. chování a jednání), tělesné a vztahové oblasti.¹⁸⁵

Jestliže vnímáme terapeutickou komunitu jako jednu z metod skupinové psychoterapie, pak lze účinné faktory této formy terapie přisuzovat i léčbě v TK. Yalomova¹⁸⁶ klasifikace obsahuje dvanáct prvků: interpersonální učení (příjem), katarze, skupinová koheze, náhled, interpersonální učení (výdej), existenciální uvědomění, univerzalita, dodání naděje, altruismus, rekapitulace primární rodinné skupiny, vedení a identifikace. Je samozřejmé, že tyto jevy jsou v terapeutické komunitě neustále přítomny.

Nejvýstižnější popis účinných terapeutických faktorů v nepřetržitě fungujícím systému TK pro drogově závislé podává Kooyman¹⁸⁷. Rozlišuje celkem patnáct léčivých prvků, které by v komunitě neměly chybět:

- 1. náhradní rodina** (bezpečné prostředí pro růst)
- 2. ucelená (jednotná) filozofie** (snadno pochopitelná a vysvětlitelná)
- 3. jasná terapeutická struktura**
- 4. rovnováha mezi demokracií, terapií a autonomií jednotlivce**
- 5. sociální učení prostřednictvím sociální interakce** (zpětná vazba, fungování v různých sociálních rolích)
- 6. učení prostřednictvím krizí** (zkušenostní učení během prožívání krizových situací, jejichž překonání vede k růstu)
- 7. terapeutický účinek všech aktivit komunity** (vše, co se v TK objeví či stane, má terapeutický dopad)
- 8. odpovědnost klienta za jeho chování**

¹⁸⁵ tamtéž, s. 94 - 100

¹⁸⁶ Yalom, I. D., 1999, cit. podle Kratochvíl, S., 2005, s. 170

¹⁸⁷ Kooyman, M., 2004, s. 33 – 36; Richterová-Těmnová, M., Adameček, D., Kalina, K. in: Kalina, K. a kol, 2003b, s. 61

9. zvýšení sebevědomí díky úspěchům (zvyšování sebehodnocení cestou vlastního přičinění, zmenšení strachu z neúspěchu a odmítnutí)

10. internalizace pozitivního hodnotového systému

11. konfrontace (přijímání i vyjadřování kritiky, tlak zaměřený na změnu chování, zvyšování vědomí jedince o vlivu jeho chování na něj samotného a na jeho okolí)

12. pozitivní tlak vrstevníků (pozitivní vzory, vzájemná kontrola)

13. učení se rozumět emocím a vyjadřovat je (včetně emocionální korektivní zkušenosti)

14. změna negativního přístupu k životu na pozitivní (změna negativního sebepojetí, nalézání vlastní identity)

15. zlepšení vztahů v původní rodině

Všechny tyto faktory ve vzájemné součinnosti vytvářejí terapeutické prostředí komunity (terapeutickou kulturu¹⁸⁸) a napomáhají klientům uskutečňovat osobnostní a sociální změny potřebné pro život bez drog. Úkolem členů TK je všemi prostředky podporovat výskyt těchto významných nositelů změny a zamezit případnému narušování terapeutického a výchovného potenciálu léčby v komunitě.

¹⁸⁸ Podstatou terapeutické kultury je úsilí členů komunity zjišťovat, proč dělají to, co dělají, a naučit se zacházet se svými problémy terapeuticky, tj. využívat jich jako materiálu, na němž se v tolerantním prostředí TK mohou relativně bezbolestně učit. Srov. Hartl, P., 1997, s. 185

5. Empirické šetření

Zatímco předchozí kapitoly se zabývaly teoretickými základy metody terapeutické komunity, následující praktická část se věnuje empirickému šetření zaměřenému na osobnostní a sociální rozvoj klientů v tomto léčebném zařízení.

5.1 Téma

Tématem tohoto empirického šetření je *vliv léčby v terapeutické komunitě pro drogově závislé na osobnostní a sociální rozvoj klienta*.

Cílem léčby v TK je dosažení takových změn v chování a prožívání jedince, které mu umožní plnohodnotný, kvalitní život bez drog. Navození potřebných změn probíhá pomocí různých prostředků a nástrojů, kterými komunita disponuje. Je samozřejmé, že léčba respektuje individuální potřeby každého klienta a prioritou je jeho optimální osobnostně-sociální rozvoj. Právě na tento rozvoj klienta TK se zaměřuje mé empirické šetření.

Terapeutické komunity se věnovalo a věnuje mnoho rozsáhlých výzkumů a studií, přičemž nejčastěji zkoumaným jevem bývá efektivita této formy léčby. Osobnostním a sociálním růstem klientů se zabývají spíše jednotlivá zařízení samostatně, aniž by tyto poznatky byly jakkoli výzkumně zpracovávány, proto je tato sonda v našich podmínkách víceméně ojedinělá. Jelikož osobnostní a sociální růst klienta je klíčovým pojmem, který každá komunita uvádí jako cíl svého léčebného programu, zajímalo mne, jak tento růst probíhá a jak se na svůj rozvoj dívají klienti. Při zpracování šetření se opírám o odbornou literaturu a své vlastní poznatky a zkušenosti s terapeutickou komunitou.

5.2 Problém a cíl

Záměrem empirického šetření bylo prozkoumat, jak členové komunity hodnotí výsledky léčby, a to již v jejím průběhu.¹⁸⁹ Zajímá mne tedy odpověď na otázku:

Jak se na výsledky léčby - svůj osobnostně-sociální rozvoj v terapeutické komunitě dívají klienti a jak stejný jev hodnotí jejich terapeuti?

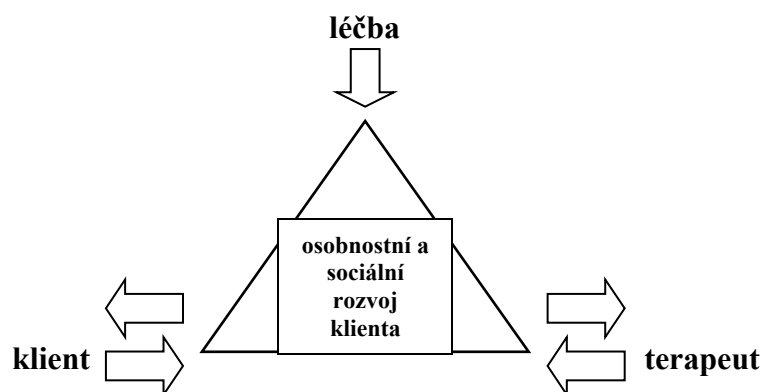
Problémová otázka obsahuje tyto proměnné:

• nezávisle proměnné (intervenující):

- léčba v terapeutické komunitě (filosofie, program, klima, užívané metody a techniky apod.),
- pohled klienta,
- pohled terapeuta.

• závisle proměnná – osobnostní a sociální rozvoj klienta.

Sonda je zaměřena na klientovo a terapeutovo pojetí tohoto rozvoje, proto můžeme vztah mezi proměnnými naznačit takto:



Záměrem šetření nebylo pouze popsat jednotlivé změny v klientově chování a prožívání, ale také zjistit, zda tyto změny klienti vnímají, a pokud ano, jak. Zajímalo mne, které aspekty léčby v TK považují klienti za

¹⁸⁹ Účelem empirického šetření je tedy popis – „popisný výzkum dává obraz specifických podrobností situace, jevu nebo vztahů“, a také explorační – „prozkoumáváme nové téma, abychom se o něm co nejvíce dozvěděli“. Hendl, J., 2005, s. 38

přínosné pro svůj život, a které jevy vnímají jako nedostatky léčebného programu. Stejně tak bylo důležité zmapovat, jak osobnostně-sociální rozvoj klientů hodnotí jejich terapeuti.

Cílem empirického šetření bylo zjistit:

•jak klienti terapeutické komunity subjektivně vnímají:

1. **přínosy a nedostatky léčby v terapeutické komunitě**
2. **svůj osobnostně-sociální rozvoj v oblasti:**
 - a) učení
 - b) sebepoznání a sebepojetí
 - c) fungování v mezilidských vztazích
3. **své současné postavení na cestě k cíli, který si klient stanovil pro svůj léčebný pobyt v terapeutické komunitě.**

•jak terapeuti (garanti jednotlivých klientů) vnímají:

osobnostní a sociální rozvoj jednotlivých klientů v oblasti:

- a) sebepoznání, sebepojetí a sebehodnocení
- b) chování k druhým lidem, fungování v mezilidských vztazích
- c) životních postojů a hodnot

•nakolik se shoduje či rozchází klientovo a terapeutovo pojetí osobnostně-sociálního rozvoje klienta

Na základě těchto stanovených cílů byla zkonstruována výzkumná technika.

5.3 Popis empirického pole a vzorek

Empirické šetření proběhlo v Terapeutické komunitě Magdaléna v Mníšku pod Brdy. Tato komunita, určená pro léčbu a resocializaci osob závislých na návykových látkách, byla založena v roce 1997. Obecně prospěšná společnost Magdaléna provozuje kromě TK také chráněné

bydlení, program sociálně-pracovní rehabilitace, doléčovací centrum, AT ambulanci a K-centrum Benešov. Posláním této neziskové, nestátní organizace je prevence a léčba drogových závislostí, přičemž provázanost jednotlivých složek zajišťuje komplexní péči o každého klienta. Filozofii Magdalény charakterizuje „víra ve schopnost změny vlastním úsilím, v léčivou sílu zdravého vztahu a ve svobodu v řádu“¹⁹⁰.

TK Magdaléna nabízí integrovanou terapeutickou, zdravotní, sociální a výchovnou péči klientům se středně těžkou až těžkou závislostí na nealkoholových drogách. Sídlem komunity je bývalá vojenská základna Včelník v Mníšku pod Brdy, která byla postupně zrekonstruována. Dnes je součástí celého komplexu budova komunity a chráněného bydlení, zvířecí farma, truhlářská dílna a zahradnictví. Za specifické složky léčby lze považovat relativní otevřenost zařízení, intenzivní práci s rodinou, různorodost pracovní terapie nebo široké spektrum nadstavbových aktivit.¹⁹¹ Do programu jsou přijímáni klienti starší osmnácti let, přičemž jsou upřednostňováni žadatelé z Prahy a Středočeského kraje. V roce 2006 činila kapacita programu 14 lůžek, celková kapacita všech rezidenčních programů pak 23 lůžek. Podle statistik je efektivita léčby v této komunitě vysoká, počet klientů, kteří po ukončení programu abstinují a pracují, dosahuje téměř 70%.¹⁹²

Klima terapeutické komunity Magdaléna lze charakterizovat jako velmi otevřené a přátelské. Léčebný proces probíhá v takové atmosféře, která poskytuje dostatek podpory a prostoru pro dosahování osobnostního a sociálního růstu a je zdrojem mnoha užitečných podnětů.

Základním souborem tohoto empirického šetření jsou klienti terapeutické komunity Magdaléna ve všech fázích léčby a jejich garanti, tj. terapeuti, kteří provázejí klienta po celou dobu jeho pobytu v TK. Z důvodu velké časové náročnosti sběru dat i následného vyhodnocování jsem do

¹⁹⁰ Výroční zpráva 2006, 2007, s. 6

¹⁹¹ tamtéž, s. 11

¹⁹² viz Příloha K

šetření nezahrnula větší počet komunit. V době realizace mého empirického šetření měl terapeutický tým 11 členů, do sondy bylo zahrnuto 8 z nich. Celkový počet klientů, kteří se léčili v TK, mi není znám, avšak šetření se zúčastnilo 17 klientů, tj. ti, kteří byli právě přítomni na skupinových sezeních. Složení vzorku ukazuje tabulka č.1.

Tabulka č.1 Vzorek - klienti

	0. fáze	I. fáze	II.fáze	III. fáze	chráněné bydlení	celkem
celkový počet respondentů	3	5	3	5	1	17
- z toho ženy	1	2	0	2	0	5
- z toho muži	2	3	3	3	1	12
průměrný věk	24,3	29,2	25	25	32	27, 1
průměrná délka pobytu v TK (v měsících)	1,8	1,9	6,6	11,1	5	5,3

5.4 Popis průběhu šetření

Samotnému sběru dat předcházela má krátká stáž v TK Magdaléna. Součástí této stáže byl nepřerušovaný pobyt v TK v klientském režimu, posléze i fungování jako člen terapeutického týmu. Účelem stáže bylo získání důležitých poznatků a zkušeností, které byly později potřebné pro zpracování celé této práce včetně empirické části.

Empirické šetření proběhlo dva měsíce od ukončení mé stáže, a to ve dvou etapách:

1. Nejprve jsem požádala o vyplnění dotazníku klienty. Sběr dat proběhl v rámci dvou skupinových sezení – první z nich bylo určeno klientům 0., I. a II. fáze, druhé pouze klientům III. fáze a následné péče. Distribuováno bylo celkem 17 dotazníků. Instrukce

byla krátká a výstižná, respondenti nekladli žádné dotazy, k odpovídání na otázky přistupovali ochotně a zodpovědně. Jelikož jsem byla u administrace osobně přítomna, návratnost dotazníků činila 100%.

2. Po prostudování dotazníků od klientů jsem vytvořila tabulku respondentů, přičemž u každého klienta byla uvedena přesná délka jeho pobytu v TK. Spolu s dotazníky, určenými garantům těchto klientů, jsem seznam zaslala do TK. Terapeuti dotazníky vyplnili a po několika týdnech jsem si je vyzvedla. Návratnost činí 82,35% (14 ze 17 distribuovaných dotazníků). Je tomu tak nejspíše proto, že nebylo možné provést jednorázovou skupinovou administraci stejně jako u klientů. Do porovnání pohledu klienta a jeho garanta bylo tedy zahrnuto pouze 14 klientů, od jejichž garantů jsem obdržela vyplněný dotazník. Je nutné zdůraznit, že všichni respondenti - terapeuti přes své pracovní vytížení na otázky odpovídali velmi rozsáhle a svědomitě.

5.5 Použitá metoda

Protože data nebylo možné získat jiným způsobem než na základě výpovědí respondentů, při výběru vhodné techniky jsem se zaměřila na explorativně orientované metody, konkrétně ***na strukturované kvalitativní dotazování***. Pro získání potřebných údajů se jako vhodný původně jevil strukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami. Výhodou této techniky je minimalizace efektu tazatele na kvalitu a vysoká pravděpodobnost, že se data získaná od jednotlivých respondentů nebudou výrazně strukturně lišit. Provedení jednotlivých rozhovorů by však bylo poměrně časově náročné a velmi by narušilo běžný chod komunity, proto jsem od použití interview opustila a zvolila použití podobné techniky – ***dotazníku s otevřenými otázkami***.

Jelikož nebylo možné sběr dat opakovat, ani se věnovat každému respondentovi individuálně, byly otázky v dotazníku konstruovány tak, aby byly získány co nejrelevantnější informace a aby bylo možné srovnávat odpovědi. Velkou pozornost jsem věnovala srozumitelnosti jednotlivých položek. Respondentům nebyly nabízeny žádné alternativy nebo varianty odpovědí, neboť nelze očekávat ani předpokládat, kterou dimenzi svého rozvoje respondent považuje za důležitou. Otevřené otázky tak dávají dotazovanému možnost zvolit jakýkoli směr a formulaci odpovědi.

Dotazník určený klientům

Dotazník, jehož prostřednictvím byla získána data od klientů, obsahuje vstupní oslovení respondenta, instrukci, pět identifikačních otázek a čtyři výzkumné otázky.¹⁹³

První dvě položky se zabývají přínosy a nedostatky léčby v terapeutické komunitě. Otázka číslo 1 je zaměřena na vyjádření toho, co respondent považuje za přínosné a co naopak vidí jako nedostatky léčby v TK. Otázka číslo 2 pak zjišťuje subjektivně vnímaný podíl přínosů a nedostatků této formy léčby vyjádřený v procentech.

Třetí položka se skládá ze tří nedokončených vět. Respondent volně vyjadřuje, co se domnívá, že se během svého pobytu v TK naučil, co se o sobě dozvěděl a co zjistil o svých vztazích s druhými lidmi. Účelem této položky je tedy zmapovat rozvoj v oblastech učení, sebepoznání a sebepečení a fungování v mezilidských vztazích.

Cílem čtvrté otázky bylo určit, kde se respondent v daném okamžiku cítí být na své cestě k cíli, který si stanovil pro svůj léčebný pobyt v komunitě. Pro posouzení tohoto jevu byla zvolena systemická ratingová metoda, konkrétně grafická posuzovací škála. Úkolem respondenta bylo označit bod na přímce, která představuje celý jeho pobyt v TK. Označený bod vyjadřuje jeho momentální pozici vzhledem ke stanovenému cíli.

¹⁹³ Dotazník pro klienty je v plném znění uveden v Příloze O.

Dotazník určený terapeutům

Dotazník, jehož pomocí jsem získávala potřebné údaje od terapeutů, obsahuje kromě vstupního oslovení, instrukce a jedné identifikační otázky dvě položky.¹⁹⁴

První otázka se zaměřovala na změny či posuny v chování a prožívání konkrétního klienta. Účelem této položky bylo získat stručný popis rozvoje klienta v těchto oblastech: sebepojetí, sebepoznání a sebehodnocení, fungování v mezilidských vztazích a životní postoje a hodnoty. Údaje získané v této položce byly později porovnávány s daty získanými od klientů.

Druhá otázka sloužila pouze jako doplnění otázky první – pokud by měl respondent pocit, že odpovědi na první otázku zcela nevyčerpávají nebo nedostatečně popisují rozvojové tendence klienta, má možnost se k tomuto tématu dále volně vyjádřit.

5.6 Vyhodnocení empirického šetření

Při zpracovávání získaných údajů jsem postupovala kvalitativním i kvantitativním způsobem. Využila jsem jednak kódování a porovnávání dat, klasifikace a kategorizace, jednak statistické posouzení určitých hodnot. Při kvantitativní analýze šlo zejména o statistické třídění prvního stupně (primární zpracování dat), při kvalitativní analýze jsem se zaměřila na metody vyhodnocování užívané obvykle pro případové studie a zakotvené teorie.¹⁹⁵

¹⁹⁴ Dotazník pro terapeuty je v plném znění uveden v Příloze P.

¹⁹⁵ srov. Hendl, J., 2005, s. 226 – 238, s. 243 - 260

5.6.1 Přínosy a nedostatky terapeutické komunity z pohledu klientů

Jelikož respondenti neměli možnost vybírat z předem formulovaných odpovědí, bylo nutné roztrždit získané údaje do několika kategorií, a to až po samotné administraci všech dotazníků.

Data získaná z odpovědí na otázku 1 byla zařazena do celkem osmnácti kategorií. Jednotlivé kategorie byly pojmenovány tak, aby do nich bylo možné zařadit všechny uváděné přínosy a nedostatky léčby v terapeutické komunitě, přičemž bylo použito otevřené kódování. Přínosy tak byly rozřazeny do patnácti kategorií. Následující tabulka uvádí přehled všech kategorií přínosů, seřazených sestupně podle počtu respondentů, kteří daný přínos zmínili.

Tabulka č. 2 Přínosy terapeutické komunity z pohledu klientů

PŘÍNOSY TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	počet klientů, kteří uvedli tento přínos (z celkového počtu 17 respondentů)	v %
sebepoznání	8	47
zlepšení vztahů s rodinou a blízkými lidmi	7	41,18
uspokojení potřeby zařadit se, někam patřit (do skupiny lidí)	7	41,18
získání náhledu na své problémy a dostatek času na jejich řešení	6	35,29
zlepšení interpersonálních komunikačních dovedností	5	29,41
zlepšení fyzické kondice, péče o sebe a své zdraví	5	29,41
získávání nových poznatků a dovedností	5	29,41
získávání pracovních dovedností a návyků	5	29,41
učení se rozpoznávat a vyjadřovat emoce	5	29,41
strukturovaný program a režim	4	23,53
zvyšování sebevědomí	3	17,65
prevence relapsu, práce s „chutěmi“ na drogu (craving)	3	17,65
abstinence	3	17,65
příprava na reálný život venku	3	17,65
učení se přijímat odpovědnost	2	11,76

Z tabulky je patrné, že za nejpřínosnější součást léčby v terapeutické komunitě klienti považují sebepoznání, zlepšování vztahů s blízkými osobami a uspokojení potřeby zařazení do nějaké skupiny lidí. Tyto tři

kategorie uvádí více než 40% klientů. Všechny uvedené kategorie lze ještě rozdělit do těchto obecnějších skupin:

- *přínosy související s osobnostním rozvojem* – sebepoznání, získání náhledu na své problémy a dostatek času na jejich řešení, získávání nových poznatků a dovedností, učení se rozpoznávat a vyjadřovat emoce, zvyšování sebevědomí a učení se přijímat odpovědnost.
- *přínosy s orientací na sociální rozvoj* - zlepšení vztahů s rodinou a blízkými lidmi, uspokojení potřeby zařadit se, někam patřit (do skupiny lidí) a zlepšení interpersonálních komunikačních dovedností.
- *přínosy související s bezdrogovým životním stylem* - zlepšení fyzické kondice, péče o sebe a své zdraví, získávání pracovních dovedností a návyků, strukturovaný program a režim, prevence relapsu, práce s „chutěmi“ na drogu (craving), abstinence a příprava na reálný život venku.

Z uvedeného vyplývá, že nejvýraznější potřebou klientů terapeutické komunity je sebepoznání a porozumění motivům a příčinám svého jednání. Na rozpoznání problémů a svého vlastního podílu na těchto problémech pak navazuje jejich řešení, tj. učení se adaptivnějším a přijatelnějším formám chování. Velice důležitá je také sociální složka osobnosti – klienti považují za podstatné vytvářet uspokojivější vztahy s druhými lidmi a uvědomují si nutnost práce na těchto vztazích. Osobnostní a sociální rozvoj pak napomáhá k celkové změně životního stylu, tj. řešení problémů spojených s drogami a návykovým chováním a nalezení optimálnějšího způsobu života. Sebepoznání vystupuje jako důležitý základ, od kterého se odvíjí následné změny prožívání a chování. To je pravděpodobně důvodem, proč největší počet klientů považuje tuto část léčby za velmi přínosnou.

Nedostatky léčby v terapeutické komunitě bylo možné poměrně jednoduše rozdělit do tří hlavních kategorií, z nichž každá obsahuje několik podkategorií. V tabulce č. 3 je uveden přehled těchto nedostatků. Jednotlivé kategorie jsou seřazeny sestupně podle počtu respondentů, kteří danou kategorii zmínili.

Tabulka č. 3 Nedostatky terapeutické komunity z pohledu klientů

NEDOSTATKY TERAPEUTICKÉ KOMUNITY	počet klientů, kteří uvedli tento nedostatek (z celkového počtu 17 respondentů)	v %
nedostatky související s pravidly:		
izolované prostředí, odloučení od blízkých osob	6	35,29
relativní nesvoboda	5	29,41
nedostatek soukromí	4	23,53
nutnost dodržovat pravidla, podřizovat se	3	17,65
sexuální abstinence	3	17,65
nedostatky související s programem TK:		
délka léčby	2	11,76
nedostatek volného času	2	11,76
nedostatky související s terapeutickým týmem:		
nespravedlnost terapeutů	3	17,65
nedůvěra k terapeutům	1	5,88

Je evidentní, že klienti pojali nedostatky léčby v TK jako „věci a jevy, které se mi na terapeutické komunitě nelíbí“. Nejedná se tedy o nedostatky v pravém slova smyslu, ale spíše o ty části a charakteristické složky programu komunity, které by klienti nejraději změnili. Několik respondentů

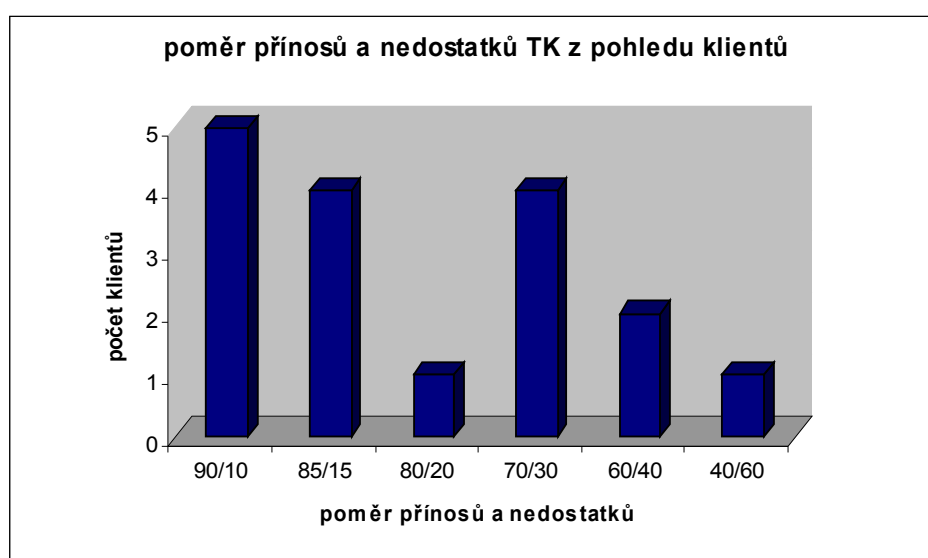
však uvádělo, že se všemi zmíněnými nedostatky a omezeními počítali již při nástupu do léčby, a jsou si vědomi, že bez nich by klesala účinnost léčebného procesu. Nejčastěji uváděnými nedostatky TK jsou taková omezení, která souvisejí s pravidly a celkovým charakterem léčby v komunitě – např. izolovanost, nesvoboda, nedostatek soukromí, sexuální abstinence apod. Čtyři respondenti si stěžovali na nedostatek volného času a přílišnou délku léčby, i když uváděli, že délka pobytu v komunitě a strukturovaný denní program je velmi podstatný pro efektivní výsledky resocializace. Tyto kategorie – nedostatky související s pravidly a programem TK – lze chápat jako „nutné zlo“, které klienti musí podstoupit, pokud se rozhodnou pro léčbu v tomto zařízení, a celkově je možné tvrdit, že si tuto skutečnost uvědomují. Dva respondenti neuvedli žádné nedostatky, přičemž jeden z nich odpověděl, že vidí nedostatky spíše na sobě než na komunitě.

Nedostatky zařazené ve třetí kategorii (nedostatky související s terapeutickým týmem) však rozhodně nelze bagatelizovat. Tři klienti uvedli, že za největší nedostatek komunity považují nespravedlnost terapeutů a jejich rozdílný přístup k jednotlivým klientům. Je ale možné spekulovat, zda tento jev klienti vnímají objektivně, a spíše se přikláním k názoru, že nikoli. Stejně tak druhá podkategorie, nedůvěra k terapeutům, vypovídá pravděpodobně více o klientovi samotném, než o členech týmu. Domnívám se, že tito respondenti se cítí ukřivdění nebo poškozeni nějakým rozhodnutím týmu nebo jednotlivých terapeutů.

Druhá otázka dotazníku určeného klientům zjišťovala poměr přínosů a nedostatků. Respondenti měli v procentech vyjádřit, nakolik vidí pobyt v TK jako přínosný pro svůj život a jak velkou část tvoří nedostatky. Téměř všichni klienti vnímají léčbu v komunitě jako přínosnou, výhody převažují nad nedostatky. Nejvíce respondentů se vyjádřilo jednoznačně ve prospěch léčby – 5 klientů uvedlo, že přínosy tvoří 90% a nedostatky pouhých 10%, 1

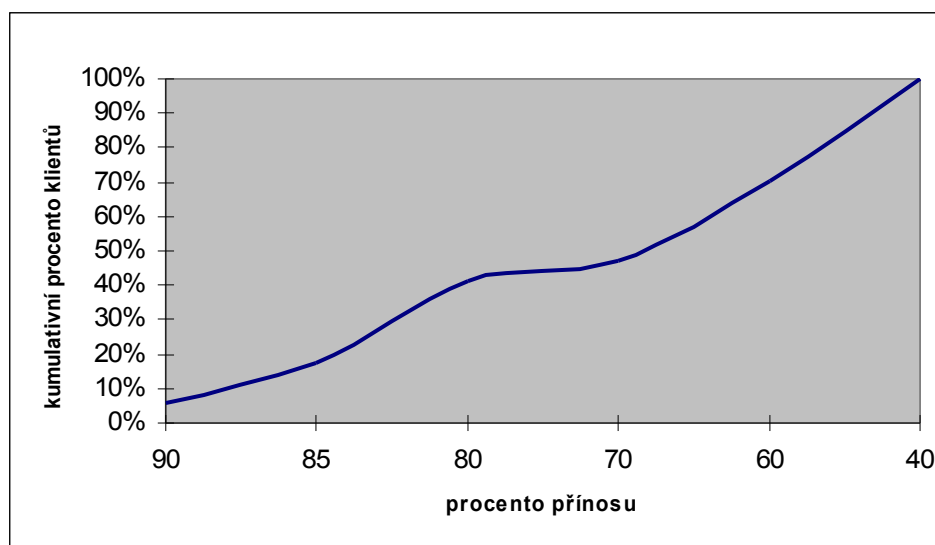
klient uvedl poměr 85% ku 15% a 4 klienti vnímají léčbu jako přínosnou z 80%, zatímco nedostatky tvoří 20%. Střední hodnoty, tj. 70% ku 30% a 60% ku 40% uvedlo dohromady 6 klientů. Pouze jeden respondent zmínil větší podíl nedostatků (60%) než přínosů. Podrobný přehled výsledků této položky ukazuje graf č. 1:

Graf č. 1 Poměr přínosů a nedostatků z pohledu klientů



Výstupy můžeme také posuzovat tak, že spočteme kumulativní podíl klientů podle výše deklarovaného přínosu léčby v terapeutické komunitě pro jejich život. Výsledky lze tedy vnímat jako velmi uspokojivé, neboť všichni klienti uvádějí alespoň čtyřicetiprocentní přínos, přičemž přes 90% respondentů vidí léčbu v TK přínosnou z 60% a více. Průměrná hodnota všech uvedených hodnot přínosů činí 76,18%, což je velmi příznivý výsledek z hlediska motivace klientů k léčbě i z hlediska účinnosti této léčby. Kumulovaný podíl klientů podle výše přínosu uvádí graf č. 2.

Graf č. 2 Kumulovaný podíl klientů podle deklarované výše přínosu léčby v TK



Pro úplnost doplňuji také průměrné, střední a nejčastěji uváděné hodnoty přínosů a nedostatků:

- Přínosy (průměr).....76,18%
- Nedostatky (průměr).....23,82%
- Přínosy (medián).....80%
- Nedostatky (medián).....20%
- Přínosy (modus).....90%
- Nedostatky (modus).....10%

Je tedy zřejmé, že klienti si uvědomují, nakolik může být léčebný pobyt v terapeutické komunitě užitečný pro jejich další rozvoj a nápomocný ke změně dosavadního životního stylu. Musím však zdůraznit, že hodnoty přínosu nekorelují s úspěšností či efektivitou léčby, neboť to, že respondent vnímá terapeutickou komunitu jako přínosnou, neznamená, že je schopen léčbu řádně dokončit a uspokojivě se rozvíjet. Pokud ale většina klientů uvažuje své léčbě jako o přínosné, je možné tvrdit, že vidí určitý smysl svého pobytu v komunitě.

5.6.2 Porovnání pohledu klienta a jeho garanta na klientův osobnostní a sociální rozvoj

Při porovnání klientova a terapeutova pohledu na klientův osobnostně-sociální rozvoj v terapeutické komunitě vycházím z odpovědí na otázku č. 3 (dotazník určený klientům) a otázku č. 1 a č. 2 (dotazník určený garantům těchto klientů). Jelikož návratnost dotazníků od terapeutů nedosahovala 100%, zpracovávám výstupy pouze u čtrnácti (z celkového počtu sedmnáct) klientů.

Postup kvalitativního vyhodnocování probíhal takto:

1. kódování a kategorizace dat z odpovědí z dotazníku vyplněného klientem - otázky týkající se učení, sebepoznání a sebepojetí a fungování ve vztazích s druhými lidmi,
2. kódování a kategorizace dat z odpovědí z dotazníku vyplněného příslušným garantem - otázky týkající se sebepoznání, sebepojetí a sebehodnocení, fungování ve vztazích a životních postojů a hodnot,
3. zařazení do tabulek a jejich okomentování.

Jednotlivé případy jsou vyhodnocovány a interpretovány zvlášť, neboť není možné určit obecné kategorie platné pro všechny respondenty. Při porovnání klientova a terapeutova pohledu jsem se zaměřovala na shodu a rozdílnost uvedených pojetí, zajímalo mne, co jednotliví respondenti vyzdvihují, co považují za důležité. Výsledkem šetření je tedy následujících čtrnáct tabulek:

Tabulka č. 4 *Klient 1 - chráněné bydlení*

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebezpoznání a sebezpojetí	poznání svých silných a slabých stránek prostřednictvím ostatních lidí	neschopnost sebereflexe lítostivost bojácnost
životní styl	-	nesamostatnost boj s každodenností
chování a vztahy k druhým lidem	rozvíjení vztahů s blízkými osobami	závislost na blízkých osobách a komunitě strach z odmítnutí podléhání manipulacím neschopnost prosazovat své zájmy

Klient 1 byl ve svých odpovědích velmi stručný a příliš zobecňující, zdůraznil pouze poznání sebe sama a rozvoj svých vztahů s druhými, i u otázky zaměřené na učení uvedl odpověď vztahující se k sebezpoznání. Naproti tomu terapeut konkretizoval klientovy problémy v oblasti sebezpojetí a fungování v mezilidských vztazích. Ukazuje se jako velmi zajímavé, že tento klient se nachází již v následné péči (chráněné bydlení), a bylo by tedy možné předpokládat, že má většinu svých problémů nahlédnutou a je schopen je uspokojivě řešit. Nicméně je možné, že právě jeho závislost na blízkých osobách a zařízení může být důvodem jeho pobytu v NP, neboť podle svého garanta není schopen se odpoutat od komunity a začít samostatně žít v přirozeném prostředí.

Tabulka č. 5 *Klient 2 - III. fáze*

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebezpoznání a seepojetí	potřeba být realistický, více vnímat realitu	akceptování sebe sama včetně svých chyb
vztahy k druhým lidem	uvědomění si složitosti mezilidských vztahů zlepšení vztahů v rodině	otevřenost a zájem o ostatní posun ve vztazích s blízkými osobami
životní styl	-	čestnost abstinence radikální změna dosavadního způsobu života

Klient 2 vyzdvihuje potřebu „stát nohama pevně na zemi“ a důležitost práce na mezilidských vztazích. Odpovědi terapeuta tyto potřeby potvrzují. Kromě oblasti sebepoznání, sebezpojetí a fungování ve vztazích terapeut uvádí také potřebu klienta abstinovat, změnit dosavadní životní styl a držet se určitých morálních hodnot. Dle mého názoru odpovídá takový stupeň rozvoje III. fázi léčby, ve které se klient právě nachází.

Tabulka č. 6 *Klient 3 - III. fáze*

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebezpoznání a sebezpojetí	sebejistota navenek – maska	schopnost sebereflexe přetvářka
životní postoje	ohrožení recidivou, dosud plně nerozhodnut pro abstinenci	uvědomění si potřeby abstinovat, neschopnost rozpoznat rizikové faktory
chování a vztahy k druhým lidem	extroverze, otevřenost nalézání důvěry k rodičům, zlepšování vztahů	kultivovanost projevu přijímání autority nekritické plnění požadavků rodičů bezkonfliktní, vyhýbání se konfliktům

Klient 3 odpovídal velmi otevřeně. Jeho odpovědi se týkaly poznání svých vlastních nedostatků, fungování ve vztazích s blízkými lidmi a také drog, které ho stále ohrožují. S terapeutem se shodují v kategorii sebepoznání,

částečně také v kategorii životních postojů, ale pohled na fungování ve vztazích je již odlišný. Zatímco klient uvádí zlepšování vztahů, terapeut si všímá klientovy snahy o bezkonfliktní vztahy a přílišné přizpůsobování se požadavkům blízkých osob. Je možné interpretovat toto chování tak, že pro klienta mají dobré vztahy se svým okolím natolik vysokou hodnotu, že je schopen potlačit negativní pocity a plně se podřídít ostatním. Úroveň sebepoznání a sebereflexe klienta dle mého názoru odpovídá III. fázi léčby.

Tabulka č. 7 **Klient 4 - 0. fáze**

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání a sebepojetí	poznání „jaký jsem, jak působím na druhé a jak zvládám různé situace“ poznání nutnosti sebeovládání	poznání a uvědomování svých motivů a pocitů uvědomování si svých obranných mechanismů v různých situacích zabývání se minulostí
práce a vzdělání	získávání pracovních dovedností a návyků	uvědomění si důležitosti vzdělání a dalšího profesního uplatnění
chování a vztahy k druhým lidem	učení se komunikovat s druhými lidmi, s rodiči měnit své postoje k ostatním lidem učení se navazovat vztahy a chápat potřeby druhých přetvářka	konfrontován se svým nepřijatelným chováním k druhým učení se akceptovat druhé, utvářet a měnit názory na druhé lidi uvědomění si pozitivní hodnoty rodiny

Přestože se **klient 4** nachází teprve v nulté fázi a není ještě plnohodnotným členem komunity, z jeho odpovědí je patrné, že na svých problémech pracuje velmi intenzivně. Terapeutovy odpovědi se s těmi klientovými víceméně shodují, terapeut více popisuje konkrétní změny, které charakterizují klientův osobnostní a sociální rozvoj. U tohoto klienta lze vysledovat poměrně vysoké sebeuvědomění a náhled na své problémy, jejichž řešení je součástí léčby.

Tabulka č. 8 *Klient 5 - I. fáze*

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání	poznání svých možností a mezi uvědomování si svých potřeb	postupné získávání náhledu na sebe a své problémy
životní postoje, budoucnost	orientace na budoucnost, optimismus	plány do budoucna, naděje na změnu za podpory terapeutů a dalších osob
chování a vztahy k druhým lidem	ve vztahu k druhým vysoká tolerance učení se vyjadřovat své pocity, kritizovat jednání druhých, být upřímná i za cenu konfliktu, lépe zvládat konflikty a umět se bránit stesk po blízkých osobách	vyhýbání se konfliktům za každou cenu snaha vyhovět ostatním rodina velmi pozitivní hodnotou

Klient 5 byl ve svých odpovědích velmi optimistický, vyjadřoval se hlavně k tomu, co mu krátký pobyt v terapeutické komunitě přinesl. Zabývá se převážně svými vztahy k druhým lidem, a to jak v komunitě, tak i mimo ni, a vyzdvihuje svůj pokrok a změny v chování ke svému okolí. Naproti tomu terapeut spíše popisuje současné problémy klienta v této oblasti, soustředí se hlavně na jeho snahu mít dobré vztahy se všemi a za každou cenu, neuvádí žádný posun klienta v rámci řešení konfliktů v mezilidských vztazích. Přestože se klient nachází teprve v I. fázi léčby, má zřetelné plány do budoucna a jeho motivace ke změně je poměrně uspokojivá.

Tabulka č. 9 **Klient 6 - II. fáze**

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání	poznávání vlastní povahy, vlastností a rysů osobnosti	ohleduplnost, vztahovačnost
komunikace	učení se komunikovat s lidmi, vyjadřovat své pocity a názory	-
pracovní dovednosti a návyky	učení se novým dovednostem, přijímání odpovědnosti	-
strachy a obavy	tréma, poznávání svých strachů a obav	nejistota, strach z lidí, z konfliktů, obavy ze změny, boj s těmito obavami a s nejistotou
vztahy k lidem	nedůvěra, nalézání důvěry k lidem, práce na změně	přijímán jako autorita – na první pohled působí sebejistě, ale je značně nejistý a nedůvěřivý

Klient 6 odpovídal velmi zodpovědně na všechny otázky. Úroveň jeho sebepoznání je poměrně vysoká, je schopen sebereflexe, a to zejména co se týče jeho chování v interpersonálním styku a poznání svých strachů a obav, které jsou pravděpodobně způsobeny nízkou sebedůvěrou. K těmto kategoriím se rozsáhle vyjadřuje i terapeut – práci na klientově nejistotě a nedůvěře považuje za stěžejní část léčebného procesu.

Tabulka č. 10 **Klient 7 - III. fáze**

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání a sebepojetí	citlivost vnímavost zvýšení sebeúcty	porozumění sama sobě a svým psychickým stavům zlepšení sebepojetí
učení se	péče o sebe pracovní dovednosti trpělivosti	péče o sebe a své zdraví
vztahy s druhými lidmi	nalézání důvěry k druhým lidem schopnost navázat a udržet blízký vztah bez drog zlepšování komunikace a vztahů s rodinou	učení se navazovat a udržovat vztahy s ostatními zlepšení vztahů s rodiči
životní styl	důležitost abstinence	abstinence čestnost budoucnost

Klient 7 se svými výroky shoduje s terapeutem téměř ve všech kategoriích. Vyzdvihuje zejména potřebu kvalitně žít bez drog, zvýšení sebedůvěry a zlepšování vztahů s blízkými lidmi. Terapeut vnímá tyto klientovy potřeby a zmiňuje pozitivní změny v kategoriích sebepoznání a sebepojetí, učení, vztahů i životních postojů a hodnot. Je patrné, že klient považuje léčbu v TK za velmi přínosnou pro svůj budoucí život a jeho osobnostně-sociální růst probíhá velmi uspokojivě. Domnívám se, že stupeň tohoto rozvoje odpovídá III. fázi léčby, kdy se klient připravuje na odchod z komunity.

Tabulka č. 11 **Klient 8 - I. fáze**

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání a sebepojetí	vztahovačnost výbušnost	pravdomluvnost přísnost vůči sobě citlivost sebestřednost maskování slabých stránek výkonová orientace sebepotvrzování prostřednictvím pochvaly od druhých
zájmy	práce sport a fyzická kondice	péče o sebe, hl. sport
chování a vztahy k druhým lidem	učení se lépe přijímat kritiku pomalé nalézání důvěry k druhým dobré vztahy k členům TK	upřímnost solidarita postupné nalézání důvěry vyžadování pozornosti, pochvaly

Z odpovědí **klienta 8** nelze vysledovat, zda si uvědomuje všechny své charakteristiky, které uvedl terapeut. Terapeut zdůraznil silnou potřebu neustálého potvrzování klientovy hodnoty prostřednictvím pochvaly, výkonu a sportovních úspěchů, zatímco klient se o své zálibě ve sportu zmínil jen okrajově. Pro klienta je přijetí ostatními lidmi důležité, a pokud bude schopen zvyšovat své sebevědomí jinak než vyžadováním uznání od druhých, jeho léčba může být smysluplná. Jelikož se nachází teprve v I. fázi, lze jeho sportovní zájmy a určitou „tvrdotu“ či přísnost vůči sobě účinně terapeuticky využít.

Tabulka č. 12 **Klient 9** - 0. fáze

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebezpoznání a sebezpojetí	přijímání zodpovědnosti poznání svých silných i slabých stránek potřeba uplatnění, zařazení se, sebezpotvrzování	sebezpodceňování, nedůvěra ve své schopnosti egocentrismus neporozumění svým emocím neschopnost požádat o pomoc
životní postoje	-	pesimismus potřeba řádu a stereotypu
chování a vztahy k druhým lidem	důležitost přizpůsobení se a kompromisů ve vztazích k druhým lidem	nedůvěra k lidem přitahování pozornosti, zahlcování ostatních hledání hranic, vymezování se

Klient 9 zmínil své postřehy týkající se jeho sebezpoznání a vztahů k druhým, které zatím v terapeutické komunitě získal. Přestože jeho pobyt v zařízení je krátký (0. fáze), již si uvědomuje některé podstatné změny, na nichž bude muset pracovat. Terapeut vyjmenovává klientovy charakteristiky, které mu brání v rozvoji a dosahování léčebných cílů. Klient v dotazníku výstižně uvedl, že si uvědomuje, že jeho léčba rozhodně nebude jednoduchá, s čímž by terapeut pravděpodobně souhlasil. Důležitým úkolem léčby tohoto klienta nejspíše bude odstraňování nedůvěry v sebe i druhé a nalezení svého místa ve skupině i ve společnosti.

Tabulka č. 13 **Klient 10** - 0. fáze

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
vztahy k druhým lidem	uzavřenost, opatrnost, strach z lidí, z otevření se ostýchavost zájem o druhé učení se komunikovat učení se vyjadřovat své názory emocionální závislost na blízkých osobách (rodina)	nedůvěra k lidem postupné navazování vztahů s členy komunity učení se komunikovat s větším počtem lidí upřímné vyjadřování názorů osamostatňování se ve vztahu k rodině
učení	pořádnost a trpělivost přebírání zodpovědnosti	přebírání zodpovědnosti
abstinence	prodlužování abstinence	potřeba „být čistý“
péče o sebe a fyzická kondice	učení se dodržovat správnou životosprávu	zlepšování stravovacích návyků, sport

Odpovědi **klienta 10** se s vyjádřením terapeuta shodují ve všech bodech. Klient odpovídal poměrně rozsáhle na všechny otázky a z nasbíraných dat je patrné, že nad svým pobytem v TK přemýšlí. Terapeut shrnul dosavadní vývoj klienta v léčbě a jeho konstatování se příliš neliší od odpovědí klienta. Klient se za velmi krátkou dobu byl schopen adaptovat na prostředí komunity, změnil některé ze svých maladaptivních způsobů řešení problémů a naučil se přibližovat k ostatním. Z uvedených dat lze vysledovat obrat klienta od drogového způsobu života směrem k přijatelnějšímu chování a adekvátnějšímu sebepojetí.

Tabulka č. 14 *Klient 11 - I. fáze*

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
chování k druhým lidem	agresivita tendence k manipulacím s druhými uzavřenost, strach z blízkosti a intimity přetvářka	nedůvěra k druhým uplatňování mocenských vztahů a manipulace přetvářka, lhaní – zatím neschopnost změny
sebezpoznání a práce na sobě	snaha být sám sebou, pracovat se svými emocemi	vedení k sjednocení protichůdných stránek osobnosti, zatím bez výrazné změny

Klient 11 i jeho garant zdůrazňují nepřijatelné chování klienta k druhým lidem. V této kategorii se oba respondenti shodují na patologických vzorcích chování, které klient uplatňuje v rámci komunity i mimo ni. Klient si tuto skutečnost uvědomuje, ale jak konstatuje terapeut, prozatím není schopen změny.

Tabulka č. 15 *Klient 12 - I. fáze*

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebezpoznání a sebezpojetí	sobectví, náladovost a agresivita	výbušnost zlepšování sebezpojetí
životní styl	učení se lepšímu využití volného času naděje na změnu dosavadního způsobu života profilace životních názorů	hledání osobní svobody bez drog a svého místa ve společnosti pozitivní hodnotou rodina a vzdělání
vztahy k druhým lidem	učení se orientovat ve vztazích neochota napravovat poškozené vztahy, pokud necítí vinu	zvýšená kritičnost k druhým postupné začleňování do skupiny a navazování vztahů v komunitě

Klient 12 se zaměřuje na změnu životního stylu a orientaci ve vztazích s blízkými lidmi. Tento fakt potvrzuje i terapeut. Oba respondenti se shodují také na povahových vlastnostech klienta (výbušnost, agresivita), jinak každý

z nich vystihl jiné stránky jednotlivých kategorií. Uvedené charakteristiky klienta se však nejeví natolik negativní a problematické, jako je tomu u jiných rezidentů TK ve stejné fázi.

Tabulka č. 16 **Klient 13 - III. fáze**

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání a sebepojetí	snížená tolerance k určitým jevům získání sebedůvěry	porozumění svým pocitům výrazné zlepšení sebepojetí
vztahy k druhým lidem	práce na uzavřenosti a nedůvěře k lidem, postupné otevírání se ostatním zlepšení rodinných vztahů	uvědomění si důležitosti vztahů postupné nalézání důvěry
životní styl	-	stanovení cílů udržujících abstinenci pozitivní hodnotou vzdělání

Klient 13 ve svých odpovědích uvádí to, co mu léčba v terapeutické komunitě přinesla, co považuje za nejdůležitější z hlediska své úspěšné resocializace. Za podstatné považuje zlepšení sebepojetí a vztahů s ostatními, což potvrzuje i výpověď terapeuta. Ke kategorii životní styl se klient nevyjadřuje, terapeut vyzdvihuje potřebu abstinence a zájem o vzdělání. Přestože jsou jednotlivé odpovědi stručné, je možné tvrdit, že klient se v rámci léčby optimálně rozvíjí a snaží se dosáhnout takových změn, které jsou pro něho významné.

Tabulka č. 17 **Klient 14 - I. fáze**

kategorie:	KLIENT	TERAPEUT
sebepoznání a sebepojetí	přijímání odpovědnosti náhled na své problémy snaha porozumět svým pocitům	zabývání se svými problémy
péče o sebe	-	přijmutí svých zdravotních omezení důležitost péče o sebe a své zdraví zdraví pozitivní hodnotou
chování a vztahy k druhým lidem	učení se toleranci, komunikačním dovednostem a vyjadřování svých pocitů stanovení hranic snížená schopnost odmítnat	učení se konstruktivnímu prosazování svých zájmů stanovování hranic získání odolnosti vůči vnějším negativním tlakům

Vnímání kategorie sebepoznání a sebepojetí i kategorie chování a vztahy k druhým lidem je u **klienta 14** i jeho garanta velmi podobné. Je evidentní, že klient dosáhl určitého náhledu na své problémy v oblasti sebepoznání a mezilidských vztahů. Právě problémy v komunikaci a chování k druhým respondenti popisují nejpodrobněji a je patrná klientova snaha o změnu. Terapeut zmiňuje také výraznou potřebu klienta pečovat o sebe a své zdraví, tato informace však v odpovědích klienta chybí.

Přestože každý respondent pojal své odpovědi jiným způsobem, je možné vysledovat určité společné znaky. Opět se potvrdilo, že potřeba klientů porozumět svému prožívání a jednání zcela dominuje. Kategorie sebepoznání a sebepojetí se objevuje u všech respondentů, i když každý popisuje jiné jevy. Lze uvažovat tak, že popsané charakteristiky respondent vnímá jako důležité. Je také možné, že k práci na sebepoznání a sebepojetí

klienta donutí samotné prostředí komunity, charakter léčby a skupina. Tlak vyvíjený ostatními členy TK má pravděpodobně za následek sebeuvědomění klienta a snahu o pochopení svých motivů, projevů v interakcích či rysů a vlastností osobnosti.

V kategorii chování a vztahy k druhým lidem klienti i terapeuti často uváděli zlepšení vztahů s původní rodinou. Je zřejmé, že v rámci léčby se tedy pracuje nejen na změně chování a prožívání klienta, ale i na zkvalitňování vztahů s nejbližšími lidmi. Jelikož mezi priority TK Magdaléna patří rodinná terapie a rodičovské skupiny, je změna těchto vztahů často opravdu výrazná a může napomoci k optimálnímu rozvoji klienta v léčbě.

Třetí nejčastěji uváděná kategorie se týká změny životního stylu a životních postojů a hodnot. Potřeba změnit dosavadní maladaptivní přístup je výrazná převážně u klientů ve vyšších fázích, kteří se již připravují na život v přirozeném prostředí.

Klienti a jejich garanti se ve svých odpovědích většinou shodují nebo se jejich stanoviska podobají. To je velmi uspokojivé zjištění, neboť vypovídá o dobrém směřování terapie, individuálním přístupu a zájmu jednotlivých terapeutů o rezidenty programu. Stejně tak je důležité, že klienti si jsou vědomi svých problematických stránek, přičemž někteří z nich pracují na tom, aby je změnili na adaptivnější formu chování a prožívání.

5.6.3 Současná pozice vzhledem ke stanovenému cíli léčby z pohledu klienta

Poslední otázka z dotazníku pro klienty obsahovala škálu s body od 0 do 10, kde 0 znamená klientův stav v době nástupu do léčby v TK a 10 cíl, který si klient pro tuto léčbu stanovil. Úkolem respondentů bylo označit ten bod, o kterém se domnívají, že vystihuje jejich současnou pozici vzhledem

k cíli. Přestože nebyla stanovena žádná hypotéza, bylo možné očekávat, že subjektivně vnímaná pozice klientů vyšších fází (s delším pobytem v léčbě) se bude významně přibližovat k cíli, zatímco klienti nižších fází budou označovat body blíže k nule.

Výsledkem jsou následující škály, kde byli respondenti seskupeni podle fází léčby, ve které se nacházejí. Každá škála zobrazuje volby jednotlivých klientů, označené $R_1 - R_{17}$.

Škála č.1 Klienti 0. fáze



Klienti 0. fáze vidí svou současnou pozici blízko nulovému bodu, pouze respondent 4 se nápadněji přibližuje k cíli. Tato pozice významně koreluje s odpověďmi tohoto klienta na otázku č. 3 a výsledky uvedené v části 5.6.2, kde se projevila vysoká úroveň sebeuvědomění a schopnost náhledu na problémy.

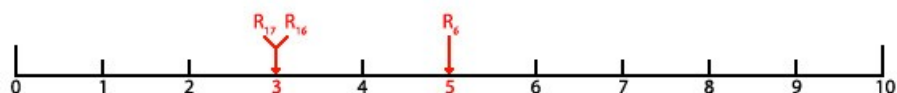
Škála č. 2 Klienti I. fáze



Data získaná od klientů I. fáze se příliš neliší od předchozí škály zachycující pozice respondentů v 0. fázi. Opět pouze jeden klient, respondent 12, označil vyšší bod než všichni ostatní. Pokud vezmeme v úvahu výsledky z části 5.6.2, je pravděpodobné, že tento klient se více vztahuje k běžnému

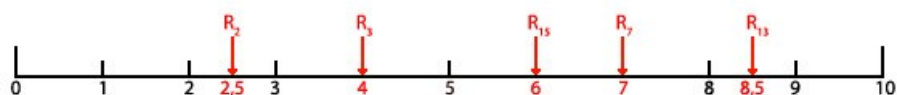
životu v přirozeném prostředí a jeho problémy mají poněkud jiný charakter, než potíže uváděné ostatními klienty.

Škála č. 3 Klienti II. fáze



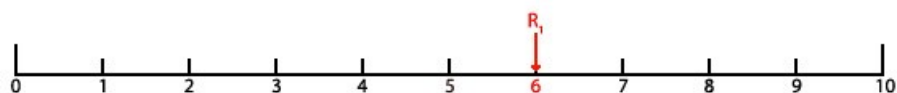
Dva klienti II. fáze označili bod 3, jeden klient bod 5. Klienti ve druhé fázi se nacházejí někde „uprostřed“ celkového léčebného pobytu v komunitě, proto se domnívám, že označené pozice odpovídají úrovni, kterou lze očekávat od klientů této fáze.

Škála č. 4 Klienti III. fáze



Zajímavá zjištění přináší škála klientů III. fáze. Dva klienti se vidí ještě před polovinou, tři se již výrazněji přibližují svému cíli. Nejnižší hodnotu označil respondent 2. Vidíme, že toto číslo je nižší, než průměrná hodnota pozic klientů II. fáze. Pokud jej porovnáme s výsledky z části 5.6.2, může být toto zjištění překvapivé, avšak nejsme seznámeni s motivy klienta, ani s tím, jakou podobu má cíl, který si stanovil pro svou léčbu.

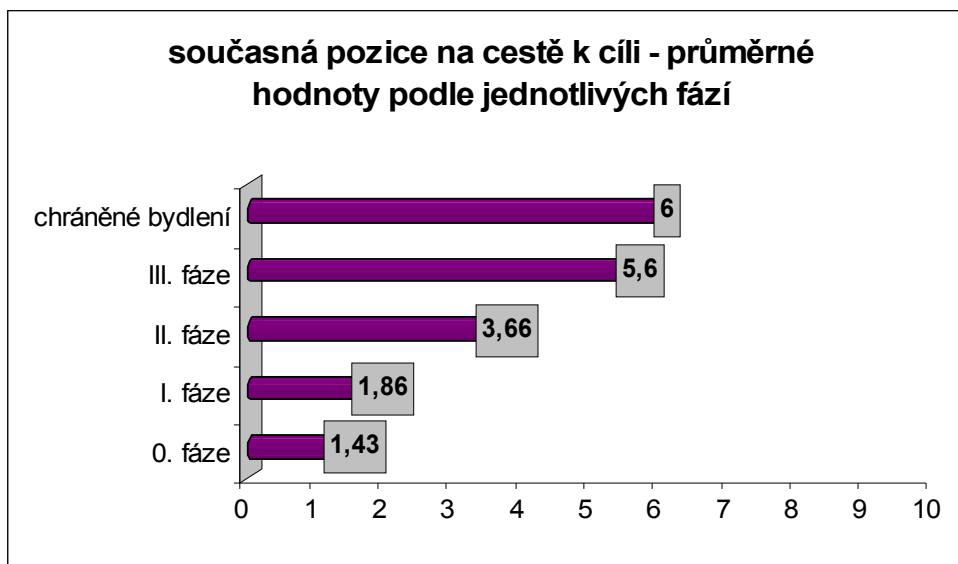
Škála č. 5 Klient chráněného bydlení



Klient následné péče vnímá svou pozici v bodě 6, což je pravděpodobně v souladu se zjištěními uvedenými v části 5.6.2. Bohužel však nemáme možnost porovnat vnímání tohoto respondenta s klienty ve stejném stádiu léčby.

Pokud spočteme průměrné hodnoty bodů, které klienti v jednotlivých fázích označili jako svou současnou pozici, získáme hodnoty uvedené v grafu č. 3.

Graf č. 3 Současná pozice klienta na cestě k cíli



Je patrné, že uvedené průměrné hodnoty pozic stoupají spolu s tím, jak klienti postupují v jednotlivých fázích léčby. Podle těchto výsledků je tedy možné tvrdit, že „čím vyšší fáze, tím vyšší pozice směrem k cíli“, avšak toto zdaleka neplatí u všech klientů, jak jsme zjistili z předcházejících výstupů. Nepotvrdilo se, že klienti ve vyšších fázích jsou také ve vyšším stádiu osobnostně-sociálního rozvoje, ani to, že subjektivně vnímají svůj stav jako bližší konečnému cíli, který byl stanoven pro celý pobyt v TK.

5.7 Diskuse

Cílem tohoto empirického šetření bylo zjistit, které přínosy a nedostatky léčby v TK klienti považují za důležité, jak klienti a terapeuti v terapeutické komunitě vnímají klientův osobnostně sociální rozvoj a nakolik se pojetí klienta a terapeuta shodují. Jelikož zpracování výsledků této sondy vyžadovalo kvalitativní přístup, při výběru metody jsem uvažovala nad použitím strukturovaného kvalitativního dotazování. Nakonec jsem se rozhodla pro zkonstruování vlastního dotazníku s otevřenými otázkami, který postihuje všechny důležité jevy. Bylo třeba dbát na to, aby formulace otázek byla přizpůsobena cílové skupině a aby jednotlivé položky byly pro klienty TK srozumitelné. Domnívám se, že se mi podařilo vytvořit takovou techniku, která tento požadavek splňuje, neboť odpovědi respondentů ukázaly, že otázky byly správně pochopeny. V dotazníku určeného terapeutům jsem se zaměřila na postižení podobných oblastí osobnostního a sociálního rozvoje jako v otázce č. 3 v dotazníku pro klienty, aby bylo možné vzájemně porovnat odpovědi. Následné kódování, třídění dat do jednotlivých kategorií a zpracování výstupů umožnilo kvalitativní zhodnocení získaných měkkých dat.

Je samozřejmé, že výsledky mého empirického šetření nelze zobecnit na celou populaci klientů terapeutických komunit. Sonda byla zaměřena pouze na klienty terapeutické komunity Magdaléna, přičemž vzorek činil 17 respondentů z řad klientů a 14 terapeutů. Nízký počet respondentů ovšem umožňoval důkladné kvalitativní zpracování všech výstupů, což by při větším počtu vyplněných dotazníků bylo obtížnější. Výsledky tak vypovídají o úrovni osobnostního a sociálního rozvoje jednotlivých klientů TK Magdaléna a o stupni vnímání tohoto rozvoje terapeuty, a také o přínosech a nedostatecích této komunity z pohledu klientů. Domnívám se, že vytvořený dotazník by bylo možné použít i pro šetření v jiných komunitách, a to nejen pro drogově závislé. Data získaná v jednotlivých zařízeních pak

lze porovnávat mezi sebou, hledat určité shodné či rozdílné znaky a vysledovat podobnosti ve vnímání některých složek léčby.

Je důležité upozornit, že výsledky šetření ovlivňují také další jevy, které pomocí zvolené techniky nelze zachytit, mimo jiné např. osobnostní struktura klienta a jeho motivace, osobnostní i profesionální zaměření terapeuta, sociální a rodinná situace klienta, předchozí léčba v jiném zařízení, dále pak momentální nálada nebo emocionální rozpoložení respondenta a v neposlední řadě také klientova schopnost sebereflexe. Vliv těchto faktorů na výsledky šetření by bylo možné minimalizovat pomocí dalších metod, jako je pozorování, rozhovor nebo analýza dokumentů. Každý klient přichází do terapeutické komunity s jinými problémy a zkušenostmi a stanovuje si rozličné cíle, proto může léčbu i svůj vlastní rozvoj vnímat odlišně, než bychom předpokládali. Zkoumání osobnostního a sociálního rozvoje klienta se zohledněním všech intervenujících proměnných by mohlo být předmětem rozsáhlejšího šetření.

5.8 Závěry

Domnívám se, že mé empirické šetření splnilo stanovené cíle a uspokojivě odpovědělo na problémovou otázku „*Jak se na výsledky léčby - svůj osobnostně-sociální rozvoj v terapeutické komunitě dívají klienti a jak stejný jev hodnotí jejich terapeuti?*“. Výsledky sondy mohou být velmi užitečné nejen členům TK Magdaléna jako určitý druh zpětné vazby, ale také přinášejí důležité informace o metodě terapeutické komunity pro drogově závislé.

Nejdůležitějším zjištěním je dle mého názoru odhalení důrazu, který klienti kladou na *sebepoznání*. Tuto složku osobnostního rozvoje pokládají zcela jistě za velmi podstatnou pro svou léčbu, neboť se o ní zmiňují téměř ve všech odpovědích a kladou ji na první místo v kategorii přínosů TK. Předpokládám, že porozumění vlastním pocitům, motivům a příčinám svého

chování je důležitým základním kamenem pro další růst. To je pravděpodobně důvod, proč klienti tuto potřebu často zdůrazňují. Určitou roli samozřejmě hraje také samotný charakter léčby v komunitě, který je významně orientován na zlepšení sebepoznání, sebepojetí a sebehodnocení. Díky intenzivní práci na změně v těchto oblastech je klienti mohou chápat jako nejdůležitější část léčby.

Kromě sebepoznání klienti považují za přínosné i další ***změny související s osobnostně-sociálním rozvojem a bezdrogovým životním stylem***, které terapeutická komunita pomáhá navodit. Uváděné přínosy se týkají hlavně oblasti učení a získávání nových dovedností, které klienti potřebují pro vyřešení svých problémů a přípravu na plnohodnotný život v přirozeném prostředí.

V oblasti nedostatků nebyla odkryta žádná závažná zjištění, která by nebyla v souladu s filosofií, programem a pravidly terapeutické komunity. Znamená to, že komunita funguje dobře a její rezidenti považují léčbu v tomto zařízení za přínosnou, což se potvrdilo při vyhodnocování otázky č. 2 z dotazníku určeného klientům.¹⁹⁶ Několik respondentů uvedlo jako nedostatek TK nespravedlnost a nedůvěru k terapeutům, což je však informace, která bez důkladného prozkoumání všech okolností nemá velkou vypovídající hodnotu o komunitě nebo členech týmu. Může ale znamenat podnět k zamyšlení se nad tím, jaké mohou být příčiny tohoto pocitu u klientů a zda lze chápání některých rozhodnutí týmu jako nespravedlivých účinně zabránit.

Jevy, které respondenti uvedly jako ***přínosy a nedostatky terapeutické komunity***, by mohly být využity jako předmět diskuse na tematicky orientovaných skupinových sezeních nebo při hodnocení celého programu. V každém případě je třeba těmto výstupům věnovat pozornost, neboť mohou sloužit také jako prostředek zpětné vazby poskytnutý komunitě jako celku.

¹⁹⁶ viz graf č. 1 a graf č. 2

Dalším zajímavým zjištěním je fakt, že u některých klientů ***délka pobytu v komunitě a zařazení do určité fáze léčby nekoreluje pozitivně s tím, jak klienti vnímají dosažení cílů.*** Ukázalo se, že subjektivně vnímaná pozice klientů ve vztahu k cíli, který si stanovili pro léčbu v TK, je u některých respondentů výrazně nižší nebo naopak vyšší, než by se dalo předpokládat vzhledem k jejich zařazení do určité fáze. Toto zjištění pravděpodobně souvisí s tím, že každý klient vnímá svůj cíl poněkud odlišným způsobem, a také výchozí pozice každého jedince se různí podle toho, v jakém stavu do léčby nastoupil. Přesto mne výsledky této části šetření poněkud překvapily.

Stejně tak se projevilo, že někteří rezidenti nacházející se ve vyšších fázích mají nižší schopnost sebereflexe a jejich sebepoznání či přijatelnost chování k druhým lidem je na nižší úrovni oproti klientům, kteří jsou v léčbě poměrně krátkou dobu.

Původně jsem nepředpokládala, že ***pohled jednotlivých klientů a jejich garantů na osobnostně-sociální rozvoj těchto klientů v rámci léčby v TK*** bude snadné porovnat. Nakonec však toto porovnání nebylo příliš obtížné, neboť se ukázalo, že klienti i terapeuti se na mnoha věcech shodují a v jejich pojetí téhož jevu nebyly výrazné rozdíly. Pokud vezmeme v úvahu schopnost reflexe a náhledu na jednotlivé problémy u obou skupin respondentů, klienti prokázali obdivuhodnou dovednost poměrně objektivně vnímat vlastní negativa i pozitiva. Tento fakt je velmi uspokojivým výsledkem práce celé terapeutické komunity i jednotlivých terapeutů, kteří vedou klienty k takto vysoké úrovni sebepoznání.

Předložené empirické šetření odkrylo mnoho zajímavých jevů, které lze dobře využít v praxi, a to nejen pro zefektivnění léčebného procesu, ale i jako potvrzení toho, že léčba drogově závislých jedinců pomocí metod terapeutické komunity má obrovský smysl.

Závěr

V současné době je drogová závislost jevem, kterým se zabývají odborníci různých oborů i široká veřejnost. Pomalu je opouštěna domněnka, že drogy lze ve společnosti vymýtit, a přistupuje se spíše k podchycení příčin a nápravě škod, které zneužívání návykových látek způsobuje.

Vzhledem k tomu, že závislost postihuje především skupinu dětí a mladistvých, je třeba věnovat pozornost nejen prevenci, ale také léčbě a resocializaci těchto jedinců. Právě zde se otevírá široký prostor pro uplatnění pedagogů a jiných specialistů na výchovu a vzdělávání. Všichni drogově závislí, a děti a dospívající zvláště, potřebují řešit rozmanité problémy, z nichž některé s užíváním psychoaktivních látek přímo nesouvisí. V rámci komplexní resocializace je nutné se zaměřit na osobnostní a sociální rozvoj těchto jedinců a získání důležitých kompetencí pro život v přirozeném prostředí. Intenzivní práci na podstatných změnách umožňuje léčebný pobyt v terapeutické komunitě, která je považována za jednu z nejúčinnějších metod léčby a resocializace drogově závislých. Při zohlednění specifických potřeb jednotlivých klientů je terapeutická komunita bezpečným prostředím, které umožňuje nezralým lidem užívajícím návykové látky nalézt sebe sama, dosáhnout integrace osobnosti a změnit nezdravý životní styl. Jak ukázalo mé empirické šetření, klienti vnímají tuto formu léčby jako velmi přínosnou pro svůj rozvoj, proto je třeba věnovat se neustálému zefektivňování poskytovaných služeb.

V České republice léčbou v terapeutických komunitách prochází přibližně 500 klientů ročně. Toto číslo je však stále nízké, pokud vezmeme v úvahu počty registrovaných drogově závislých pravidelně uváděné v různých statistikách. Vzhledem k tomu, že terapeutické komunity vykazují nadprůměrné výsledky, bylo by jistě vhodné uvažovat o systémovém řešení

financování a podpory těchto zařízení tak, aby jejich existence nezávisela pouze na čerpání grantových prostředků a sponzoringu.

Seznam použité literatury

ADAMEČEK, D.; RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M.; KALINA, K. Rezidenční léčba v terapeutických komunitách. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Alcoholics Anonymous. New York : Alcoholics Anonymous, Inc., 1996. ISBN 0-916856-28-3.

BERDYCHOVÁ, M.; NEVŠÍMAL, P. *Výroční zpráva 2006*. Mníšek pod Brdy : Magdaléna, o.p.s., 2007.

BERGERET, J. *Toxikomanie a osobnost*. Praha : Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-7187-003-X.

BROEKAERT, E. Therapeutic Communities for drug users: description and overview. In RAWLINGS, B.; YATES, R. *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. ISBN 1853028177.

BROEKAERT, E. et al. The Therapeutic Communities for Ex-Addicts: A View from Europe. *International Journal of Therapeutic Communities*, 1999, vol. 20, no. 4, p. 255 - 265.

BROŽA, J. Děti a mladiství. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

CÍSAŘOVÁ, P. Komplexní péče o drogově závislé. *Psychologie Dnes*, 2002, roč. 8, č. 3, s. 26 – 27. ISSN 1212-9607.

DeLEON, G. Terapeutické komunity pro drogově závislosti: vývoj v Severní Americe. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 2004, s. 133 – 151. ISBN 80-7106-876-4.

DVOŘÁČEK, J. Střednědobá ústavní léčba. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Evaluace výsledků léčby v terapeutické komunitě [online]. Praha: Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2003 – 2006 [cit. 2007-11-17]. Dostupné z:

<http://www.drogy-info.cz/index.php.o_nas/studie>

FIŠEROVÁ, M. Neurobiologie závislostí. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

HÁJEK, J. Od systemické terapie k zážitkové pedagogice. In *Studia Paedagogica 21: Mládež, drogy, společnost*. Praha : Pedagogická fakulta UK, 1997, s. 140 - 146. ISSN 0862-4461.

HAJNÝ, M. Rodinné faktory vzniku, rozvoje a udržování závislosti. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

HANUŠOVÁ, I. Účinné faktory psychoterapie. In VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

HARTL, P. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1997. ISBN 80-85850-45-1.

HELLER, J.; PECINOVSKÁ, O. *Závislost známá neznámá*. Praha : Grada, 1996. ISBN 80-7169-277-8.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HRDINA, P.; KORČIŠOVÁ, B. Terénní programy. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

HRUBÝ, R. *Účinné faktory terapeutické komunity v léčbě závislosti*. Praha, 2004. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce V. Junková.

Charita Opava [online]. Poslední úpravy 2005-09-06. [cit. 2007-11-12] Dostupné z: <<http://www.charitaopava.cz/strediska.php?stredisko=agape>>

JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

JONES, E. *Terapie rodinných systémů: vývoj v milánských systemických terapiích*. Hradec Králové : Konfrontace, 1996. ISBN 80-901773-6-0.

KALINA, K. Denní stacionáře. KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Diagnostické závěry a indikace k léčbě, párování potřeb a intervencí. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Léčba drogově závislých. In *Drogy ze všech stran II* [online]. Praha : FILIA, 2000 [cit. 2007-10-2]. Dostupné z: <<http://www.lf3.cuni.cz/drogy/articles/lecba.htm>>

KALINA, K. Modely závislosti a přístupy v pomoci uživatelům drog. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Rodinná terapie a práce s rodinou. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Rozšiřování terapeutických možností. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KALINA, K. Úvod do drogové politiky: základní principy, pojmy, přístupy a problémy. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KAŠPAROVÁ, Z. a kol. *Drogová scéna v hl. m. Praze ve vývoji v ČR v roce 1996*. Praha : Středisko sociální prevence hl. m. Prahy, 1997.

KELLER, D. S. Odkrývající terapie ve službách prevence relapsu: Psychoanalytický příspěvek k léčbě drogové závislosti. In ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

KENNARD, D. *Excerpts from David Kennard's Chapter on Therapeutic Communities in the New Oxford Textbook of Psychiatry* [online]. New York : 2001. [cit. 2007-11-9] Dostupné z: <<http://www.therapeuticcommunities.org/archives.htm>>

KNOBLOCH, F.; KNOBLOCHOVÁ, J. *Integrovaná psychoterapie v akci*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80- 7169-679-X.

KOOYMAN, M. Terapeutická komunita pro závislé. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 2004, s. 11 – 129. ISBN 80-7106-876-4.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 1. vyd. Praha : Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi: Třetí, doplněné vydání*. Praha : Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8.

KRATOCHVÍL, S. *Terapeutická komunita*. Praha : Academia, 1979.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

KUDA, A. Následná péče, doléčovací programy. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. Bio-psycho-socio-spirituální model jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. Psychopatologie závislosti a kodependence. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

KUDRLE, S. Úvod do bio-psycho-socio-spirituálního modelu závislosti. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

LAKOMÁ, J. *Skupinová psychoterapie v reedukačním procesu*. Praha : PSÝCHÉ, 1993.

Manuál terapeutické komunity Magdaléna. Interní materiál TK Magdaléna, o.p.s. Mníšek pod Brdy : Magdaléna, o.p.s., 2006.

MARTENS, J. *Woman Centered Approach in the Belgian Therapeutic Communities for Drug Addicts* [online]. [cit. 2007-11-11] Dostupné z: <<http://www.eftc-europe.com/Resources/publications.htm>>

McCRADY, B.S.; EPSTEIN, E. E. Teoretické základy terapií závislosti orientovaných na rodinu. In ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

McKAY, J. R. Techniky rodinné terapie. In ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

MIOVSKÝ, M.; BARTOŠÍKOVÁ, I. Možnosti a meze psychoterapie v léčbě závislostí. KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NAVRÁTIL, P. Sociální práce. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K. Psychologická komorbidita a komplikace, „duální diagnózy“. In KALINA, K. a kol. (2003a) *Drogy a drogové závislosti I: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Alkohol, drogy a vaše děti: Jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. Praha : Sportpropag, 2003.

NEŠPOR, K.; CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi*. Praha : Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.

NEŠPOR, K.; PROVAZNÍKOVÁ, H. *Slovník prevence problémů působených návykovými látkami*. Praha : Státní zdravotní ústav, 1997. ISBN 80-7071-050-0.

NEVŠÍMAL, P. Původ a vývoj terapeutické komunity pro drogově závislé. In *Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj*. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 2004, s. 155 – 208. ISBN 80-7106-876-4.

NIDA: Principles of Drug Addiction Treatment – A Research Based Guide [online]. NIH Publication No. 00-4180. Washington D. C. : NIDA/NIH, 2000, [cit. 2007-10-2]. Dostupné z: <<http://www.nida.nih.gov>>

NOŽINA, M. *Svět drog v Čechách*. Praha : KLP, 1997. ISBN 80-85917-36-X.

PITA, D. D. *Nezdravá závislost*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2000. ISBN 80-7192-377-X.

POPOV, P. Programy metadonové a jiné substituce. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

PRESL, J. *Drogová závislost: Může být ohroženo i Vaše dítě?* Praha : Maxdorf, 1995. ISBN 80-85800-25-X.

PROCHASKA, J. O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy: průřez teoriemi*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

RAWLINGS, B.; YATES, R. *Therapeutic Communities for the Treatment of Drug Users*. London : Jessica Kingsley Publishers, 2001. ISBN 1853028177.

RICHTEROVÁ-TĚMÍNOVÁ, M.; ADAMEČEK, D.; KALINA, K. Terapeutická komunita jako metoda a systém. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

RIEGER, Z.; VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny*. Hradec Králové : Konfrontace, 1996. ISBN 80-901773-8-7.

ROTGERS, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha : Grada, 1999. ISBN 80-7169-836-9.

SKÁLA, J. Historie léčby závislostí v České republice. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

Terapeutická komunita pro drogově závislé I: Vznik a vývoj. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 2004. ISBN 80-7106-876-4.

Therapeutic Community. NIDA: Research Report Series. NIH Publication No. 02-4877. Washington D. C. : NIH/NIDA, 2002.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VAVRDA, V. Formy a prostředky psychoterapie. In VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

VIŠŇOVSKÝ, P.; VALENTÍK, M. *Človek v bludnom kruhu*. Martin : Osveta, 1989. ISBN 80-217-0062-9.

VOBOŘIL, J.; KALINA, K. Svépomocné programy. In KALINA, K. a kol. (2003b) *Drogy a drogové závislosti II: Mezioborový přístup*. Praha : Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-6.

VOTAVOVÁ, M. Průvodce drogovou kariérou dospívajících. In *Studia Paedagogica 21: Mládež, drogy, společnost*. Praha : Pedagogická fakulta UK, 1997, s. 113 - 119. ISSN 0862-4461.

VYMĚTAL, J. *Rogersovská psychoterapie*. Praha : Český spisovatel, 1996. ISBN 80-202-0605-1.

VYMĚTAL, J. a kol. *Obecná psychoterapie*. Praha : Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 1997. ISBN 80-86123-02-2.

Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006. Praha : Úřad vlády České republiky, 2007. ISBN 978-80-87041-22-2.

ZÁHORSKÁ, J. *Závislost na drogách pod lupou* [online]. Poslední úpravy 29.7.2004. [cit. 2007-10-2] Dostupné z: <<http://www.skolaonline.cz/scripts/detail.php?id=3574>>

Příloha A

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10)

Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F10.– Poruchy vyvolané požíváním alkoholu

F11.– Poruchy vyvolané požíváním opioidů

F12.– Poruchy vyvolané požíváním kanabinoidů

F13.– Poruchy vyvolané užíváním sedativ nebo hypnotik

F14.– Poruchy vyvolané požíváním kokainu

F15.– Poruchy vyvolané požíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu)

F16.– Poruchy vyvolané požíváním halucinogenů

F17.– Poruchy vyvolané užíváním tabáku

F18.– Poruchy vyvolané užíváním organických rozpouštědel

F19.– Poruchy vyvolané požíváním několika látek a požíváním jiných psychoaktivních látek

Čtvrtý a pátý znak specifikují klinický obraz:

F1x.0 Akutní intoxikace

.00 Nekomplikovaná

.01 S traumatem nebo s jiným tělesným postižením

.02 S jinou zdravotní komplikací

.03 S deliriem

.04 S poruchami vnímání

.05 S kómatem

.06 S křečemi

.07 Patologická intoxikace

F1x.1 Škodlivé užívání

F1x.2 Syndrom závislosti

.20 V současnosti abstinuje

.21 V současnosti abstinuje, ale v chráněném prostředí

.22 V současnosti abstinuje při klinicky evidovaném udržovacím nebo substitučním režimu

.23 V současnosti abstinuje, avšak při léčbě averzními nebo blokujícími látkami

.24 V současnosti užívá látku (aktivní závislost)

- .25 Souvislé užívání
- .26 Epizodické užívání (dipsomanie)

F1x.3 Odvykací stav

- .30 Nekomplikovaný
- .31 S křečemi

F1x.4 Odvykací stav s deliriem

- .40 Bez křečí
- .41 S křečemi

F1x.5 Psychotická porucha

- .50 Schizoformní
- .51 Převážně bludná
- .52 Převážně halucinatorní
- .53 Převážně polymorfní
- .54 S převahou depresivních příznaků
- .55 S převahou manických příznaků
- .56 Smíšená

F1x.6 Amnestický syndrom

F1x.7 Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním začátkem

- .70 Psychotické reminiscence (flashbacky)
- .71 Porucha osobnosti nebo chování
- .72 Reziduální afektivní porucha
- .73 Demence
- .74 Jiné přetrvávající narušení kognitivních funkcí
- .75 Psychotická porucha s pozdním začátkem

F1x.8 Jiné duševní poruchy a poruchy chování

F1x.9 Nespecifikovaná duševní porucha a porucha chování

Příloha B

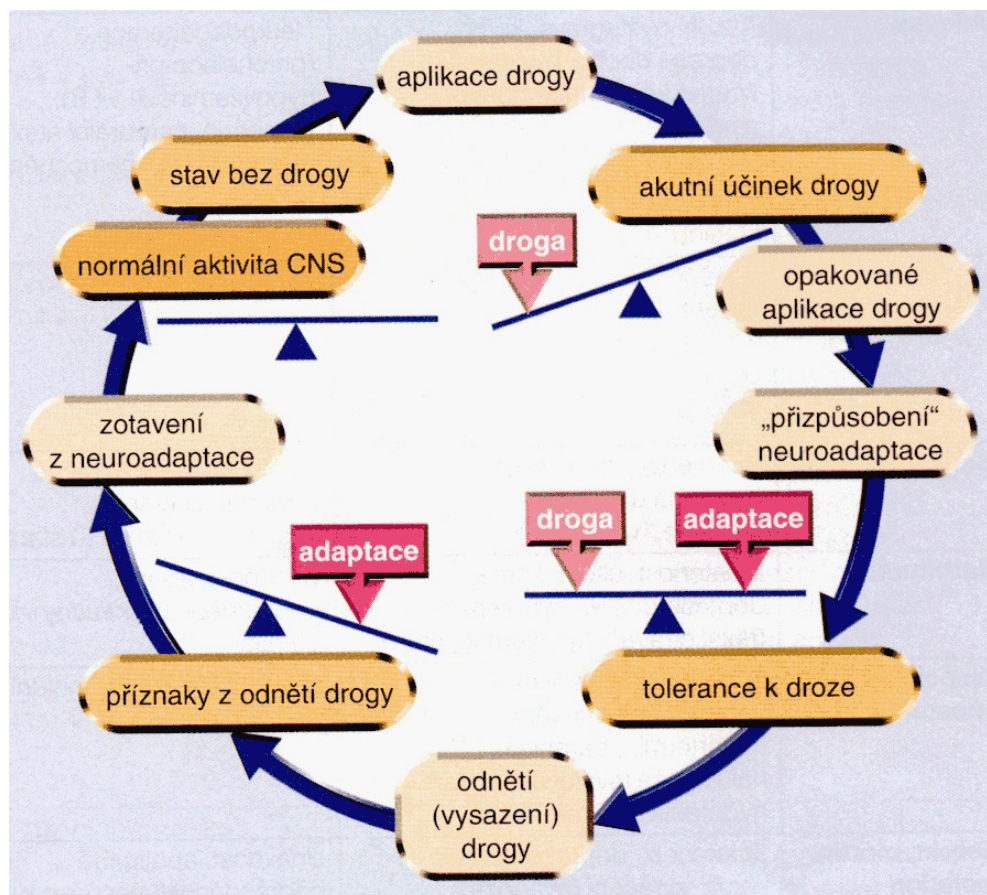
Základní drogy a jejich účinky

SKUPINA	DROGA	PSYCHICKÁ ZÁVISLOST	FYZICKÁ ZÁVISLOST	ÚČINKY	ABSTINENČNÍ PŘÍZNAKY
Stimulancia	kokain amfetamin nikotin kofein	kokain a amfetaminy silná nikotin a kofein slabá	slabá	euforie vzrušení změněné vnímání koncentrace uvolnění povzbuzení	psychické deprese, podrážděnost, zvýšená chuť k jídlu, úzkost apod.
Tlumivé látky	alkohol barbituráty	středně silná	silná	euforie uvolnění útlum	psychické i fyzické třes, křeče, poruchy spánku, úzkost, deprese apod.
Opiáty	morfin heroin methadon	silná, u methadonu slabší	silná	euforie útlum analgesie	psychické i fyzické křeče, průjem, chvění, třes, dysforie pod.
Kanabidoidy	marihuana hašiš THC	střední	slabá	euforie uvolnění změněné vnímání	slabé, úzkost, popř. strach nebo poruchy spánku
Halucinogeny	LSD meskalin	slabá	slabá	změněné vnímání	nejsou znatelné

Příloha C

Mechanismus účinku drog a vzniku závislosti

Převzato z: FIŠEROVÁ, M. Historie, příčiny a léčení drogových závislostí. *Postgraduální medicína*, 2000, roč. 2, č.3, s. 288-298.

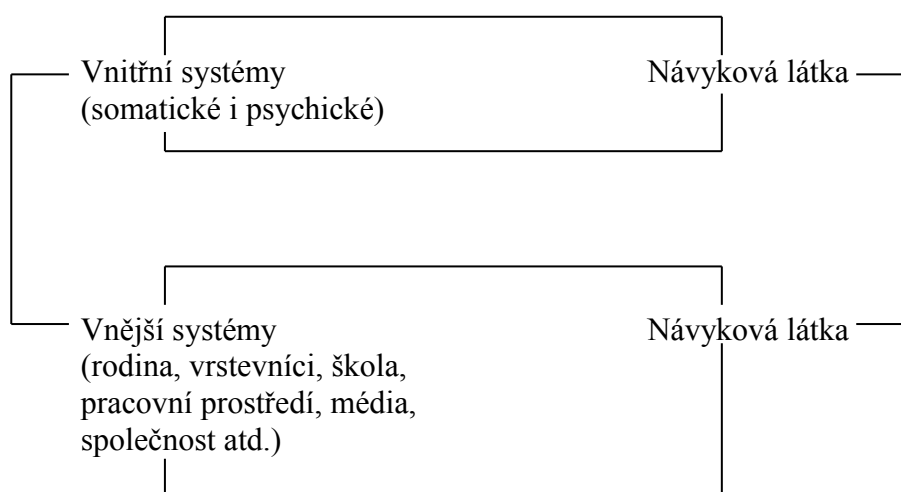


Příloha D

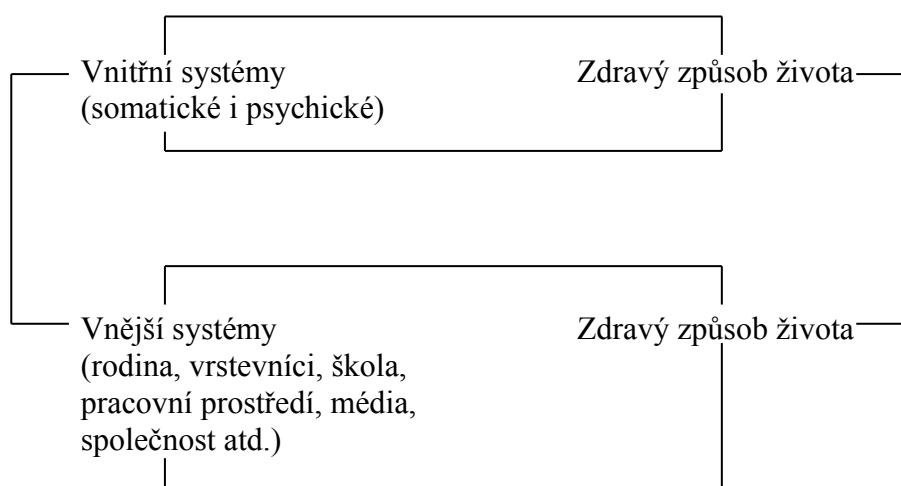
Bludné kruhy při vzniku závislosti a pozitivní kruhy v prevenci a léčbě

Převzato z: NEŠPOR, K., CSÉMY, L. *Léčba a prevence závislostí*. Praha: Psychiatrické centrum, 1996, s. 16.

Závislost může začít v kterémkoli kruhu a obrátit se jinam.



Cílem léčby a prevence je tyto bludné kruhy obrátit. Léčba by měla ovlivnit co nejvíce systémů a podsystémů. Tam, kde to není možné, se alespoň snažíme předvídat rizikové systémové interakce, předcházet jim nebo je zvládat.



Příloha E

Stadia motivace k léčbě drogové závislosti

Upraveno podle: NEŠPOR, K. *Diagnostický rozhovor a posilování motivace*. In: Kalina, K. a kol.: *Drogy a drogové závislosti I. Mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády ČR, 2003, s. 250 – 252.

	1. STADIUM nestojí o změnu chce pokračovat v braní drog <i>vyvolávat pochybnosti o návykovém chování a pomoci klientovi lépe vnímat rizika</i>	
6. STADIUM recidiva návykového chování <i>pomoci recidivu rychle zastavit – aby se klient nedostal zpět do 1. stadia</i>		2. STADIUM rozhodování se změnou váhá <i>postupovat stejně jako v 1. stadiu a posilovat sebedůvěru</i>
5. STADIUM udržování udržuje si dobrý stav <i>strategie k prevenci recidivy – doléčování, vyhýbání se rizikovým místům a situacím, přiměřený životní styl</i>		3. STADIUM rozhodnutí rozhodl se pro změnu <i>navrhnout konkrétní kroky</i>
	4. STADIUM jednání uskutečňuje změnu <i>napomáhání při realizaci změny</i>	

Příloha F

Léčebné programy poskytující služby uživatelům drog v roce 2006

Převzato z: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2006*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, s. 28.

Typ programu	Počet	Kapacita (míst, lůžek)	Využití (počet osob)
Záchytné stanice	15	n.a.	n.a.
Detoxifikační jednotky	19	n.a.	n.a.
Ambulantní zdravotnická zařízení	385	n.a.	17 921*
Denní stacionáře	1	10	41
Specializovaná substituční centra	14	n.a.	949
Psychiatrické léčebny	17	9 442**	3 200
Psychiatrická oddělení nemocnic	31	1 420**	1 629
Dětské psychiatrické léčebny	3	320**	29
Terapeutické komunity	15	185***	451****
Programy následné péče	18	365*****	904
Pobyťová oddělení specializovaná na léčbu dětí ohrožených drogovou závislostí (zařízení speciálního školství)*****	5	66	104
Detoxifikační jednotky ve věznicích	2	n. a.	172*****
Oddělení pro diferencovaný výkon trestu	6	286	625
Oddělení pro výkon ochranné protitoxikomanické léčby ve věznicích	3	105	162

Pozn.: * jedná se o počet osob v tzv. živé kartotéce, tj. počet osob, které navštívily zařízení alespoň jednou za rok, ** počet všech psychiatrických lůžek, *** údaje pouze z 12 komunit, **** údaj se týká kapacity programů intenzivní péče, ***** údaje z r. 2005.

Příloha G

Dvanáct kroků svépomocných skupin Anonymních alkoholiků

Převzato z: *Alcoholics Anonymous*. New York: Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 1996, s. 69 – 70.

- 1. Přiznali jsme svoji bezmocnost nad alkoholem – naše životy začaly být neovladatelné.*
- 2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
- 3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.*
- 4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.*
- 5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
- 6. Byli jsme zcela povolni k tomu, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
- 7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
- 8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.*
- 9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy situace dovolí, s výjimkou kdy toto počínání by jim nebo jiným uškodilo.*
- 10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury a když jsme chybovali, pohotově jsme se přiznali.*
- 11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali my a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.*
- 12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se spirituálně probudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.*

Příloha H

Standardy a cíle terapeutických komunit podle EFTC

Převzato z: *Standards and Goals for Therapeutic Communities*. Dostupné z URL: <<http://www.eftc-europe.org>> [cit. 2007-11-11]

TK představuje způsob léčby, jehož prvořadým cílem je zotavení osob od zneužívání drog prostřednictvím jejich osobnostního růstu za současného vyžadování abstinence od látek ovlivňujících vědomí s jedinou výjimkou lékařem přiměřeně předepsaných léků, jež mají napomoci dosažení specifických medicínských výsledků.

Od členů Evropské federace terapeutických komunit jsou vyžadována tato opatření:

- Přiznání lidských a občanských práv všem osobám spojeným s terapeutickou komunitou a srozumitelné vyjádření práv a povinností klientů a personálu.
- Prosazování práva každého jedince nebýt ohrožován zneužitím moci ze strany jiného jedince nebo skupiny v rámci komunity.
- Deklarování filozofie a cíle programu.
- Zavedení pravidel terapeutické komunity, jejichž funkcí je ochrana před domnělým nebo faktickým porušováním zákonných norem.
- Fungování uvnitř prostředí, které nabízí maximální příležitost pro fyzický, duchovní, emocionální a tvůrčí rozvoj a které zajistí bezpečí každému jednotlivci.
- Nastavení takové struktury společenství/komunity, která je založena na optimálním využití integrity, úsilí a lidskosti všech členů a ve které je za nejvyšší hodnotu považována důstojnost člověka.
- Vzdělávání personálu a zajištění adekvátní supervize.
- Zodpovídat se správní (popř. dozorčí) radě, která se schází pravidelně během roku, aby dohlížela na všechny aktivity programu a jednotlivé části zařízení, za které nese odpovědnost.
- Každoroční vydávání auditované finanční zprávy, autorizované správní (dozorčí) radou.

Příloha I

Klienti v terapeutických komunitách pro drogově závislé v roce 2006

Převzato z: *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice za rok 2006*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2007, s. 33 – 34.

V r. 2006 poskytovalo rezidenční léčbu (v délce 6–15 měsíců) 15 terapeutických komunit. Na podzim 2006 ukončila svoji činnost terapeutická komunita Medvědí kámen, která se stala součástí výchovného ústavu pro mládež.

Dostupné jsou údaje z 12 terapeutických komunit. Jejich kapacita byla 185 lůžek (z toho 12 pro mladistvé a 9 pro matky s dětmi) a pobyt v nich absolvovalo 451 uživatelů drog (z toho 22 matek s dětmi), jejichž průměrný věk byl 25,1 let. Celkem 375 (83 %) klientů užívalo před léčbou drogy injekčně, 281 (62 %) klientů užívalo pervitin a 105 (23 %) opiáty (z toho 93 heroin, 12 nelegálně získaný buprenorfin). 19 (4 %) klientů se léčilo v souvislosti s užíváním konopných látek. Úspěšně dokončilo léčebný program 124 klientů a průměrná délka úspěšné (dokončené) léčby byla 309 dní. Předčasně ukončilo léčbu 171 (38 %) klientů, z toho 35 % po uplynutí 2/3 léčby. Průměrná délka léčby všech klientů byla 189 dní.

Terapeutické komunity a jejich klienti v roce 2003 – 2006

Ukazatel	2003	2004	2005	2006
Počet komunit (respondentů)	17	14	12	12
Kapacita zařízení	238	218	183	185
Počet klientů	510	546	491	451
- z toho injekčních uživatelů	428	429	400	375
- z toho uživatelů pervitinu	270	306	287	281
- z toho uživatelů heroinu	187	151	132	93
Průměrný věk klientů	23,4	24,2	24,9	25,1

Příloha J

Etický kodex Evropské federace terapeutických komunit

Převzato z: *Standards and Goals for Therapeutic Communities. Staff code of Ethics. Bill of rights for members.* Dostupné z URL: <<http://www.eftc-europe.org>> [cit. 2007-11-11]

Etický kodex závazný pro členy European Federation of Therapeutic Communities

Etický kodex personálu:

Prvořadou povinností všech zaměstnanců terapeutické komunity (dále jen TK) je zabezpečit kvalitu služeb poskytovaných všem klientům po dobu jejich léčby.

Vztah mezi členy týmu a klienty je jedinečný. Je proto nezbytné, aby personál zacházel uvážlivě a zodpovědně s důvěrou, jež mu byla svěřena.

Každý člen týmu si musí být vědom skutečnosti, že ho jeho profese zavazuje k pečlivému sledování svého vlastního jednání, stejně jako jednání klientů.

Tento Etický kodex se vztahuje na všechny členy týmu za všech okolností, tedy i mimo jejich pracoviště.

Členové týmu jsou ve vztahu ke klientům povinni:

1. Chovat se a jednat jako dospělí a pozitivní vzory.
2. Udržovat všechny informace o klientech v přísné důvěrnosti za dodržení všech existujících zákonů a pravidel zařízení.
3. Poskytnout každému klientovi kopii Listiny práv klienta a zabezpečit, aby klient všechna práva pochopil a ta aby byla
4. zachovávána jak členy týmu, tak klienty.
5. Respektovat všechny klienty za dodržování ne-sobeckého, ne-trestajícího a profesionálního vztahu s nimi.
6. Poskytovat služby bez ohledu na původ, rasu, vyznání, náboženství, národnost, sexuální orientaci, věk, politické
7. přesvědčení, předešlou kriminální kariéru nebo ekonomický status. Za výjimečných okolností je rozhodnutí týmu plně
8. respektováno.
9. Uznat, že v nejlepším zájmu klienta může být ho referovat nebo předat jinému zařízení nebo odborníkovi.
10. Zamezit jakémukoli sexuálnímu vztahu s jakýmkoli klientem.
11. Odpovídajícím způsobem odměnit klientovu práci vykonanou ve prospěch člena týmu.
12. Předejít vykořisťování klienta pro osobní prospěch.

Listina práv členů týmu a klientů:

Všichni členové týmu a klienti rezidenčních léčebných programů mají bezvýhradné právo na:

1. Podpůrné prostředí bez drog.
2. Léčbu bez ohledu na původ rasu, národnost, vyznání, politické přesvědčení, sexuální orientaci, předchozí kriminální kariéru či socioekonomický status.
3. Důstojnost, respekt, zdraví a bezpečnost kdykoli.
4. Znalost filosofie a metod programu.
5. Jasně a včasné informování o všech stávajících pravidlech a nařízeních (omezeních) daných programem, stejně jako o sankcích, disciplinárních opatřeních nebo modifikacích práv.
6. Dostupnost orgánu registrujícího a projednávajícího stížnosti a rozhodujícího o všech pravidlech a nařízeních, sankcích, disciplinárních opatřeních nebo modifikacích práv.
7. Vymezení všech poplatků a nákladů, jež má hradit, způsoby a termíny jejich uhrazení, dostupnost peněz a osobního majetku během programu a při odchodu z něj.
8. Zachování důvěrnosti informací týkajících se účastníka programu, stejně jako všech léčebných záznamů v souladu se zákony státu.
9. Možnost přezkoumání osobních záznamů odpovídajícím orgánem a nárok na obdržení písemného stanoviska vysvětlujícího vyvrácení rozporuplných zaznamenaných informací.
10. Vystoupení z programu kdykoli na základě vlastního rozhodnutí bez fyzického nebo psychického nátlaku.
11. Osobní komunikaci s příbuznými nebo přáteli kdekoli při a nebo po vstupu do programu v souladu s pravidly zařízení (programu). Výjimku k tomuto ustanovení mohou činit zákazy osobní komunikace v případech, v nichž se jedná o zadokumentovanou část léčebného plánu.
12. Ochranu před reálným nebo hrozícím tělesným trestem, před fyzickým, emočním a sexuálním zneužíváním a před nedobrovolným zavíráním v klauzuře.
13. Poskytování nutričně hodnotné stravy, bezpečí a příslušný spánek, fyzické cvičení a odpovídající uspokojování osobních hygienických potřeb.
14. Lékařskou péči nabízenou kvalifikovaným lékařem a právo nabízenou lékařskou péčí odmítnout.
15. Dostupnost právního poradenství nebo zastoupení právníkem kde je to třeba.
16. Pravidelný kontakt s dětmi, které jej doprovázejí do programu.
17. Jasnou definici zodpovědností pro členy týmu, zabezpečení odpovídajícího výcviku, adekvátní podporu a supervizi týmu (obsahující hodnocení i zpětnou vazbu), právo nebýt vykořisťován a právo odejít z místa bez pronásledování.
18. Vedení a pomoc při odchodu z programu z jakéhokoli důvodu, při odchodu do jiného zařízení a při hledání služeb, stejně jako při hledání zdrojů finanční pomoci a rezidenčních míst.
19. Ochranu před vykořisťováním (včetně rodičů a rodiny) ve prospěch zařízení či jeho personálu.

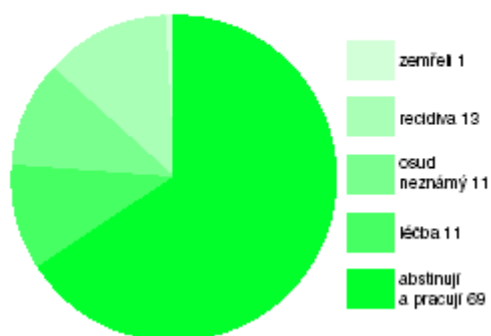
Příloha K

Výsledky efektivity rezidenčního léčebného programu TK Magdaléna

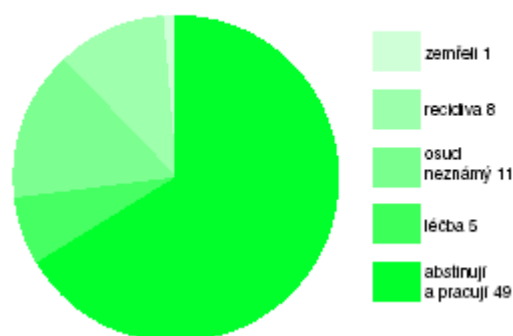
Převzato z: *Výroční zpráva 2006*. Mníšek pod Brdy: Magdaléna, o.p.s., 2007, s. 23 – 24.

Celkově do komunity nastoupilo ke 31. 12. 2006 150 klientů, ke stejnému datu bylo rok a více od opuštění komunity 105 klientů, 3 roky od opuštění komunity pak 74 klientů. Ti všichni jsou, bez ohledu na délku pobytu a způsob ukončení léčby, zahrnuti do této statistiky.

Stav klientů 1 rok po ukončení léčby (1999-2006)
105 klientů

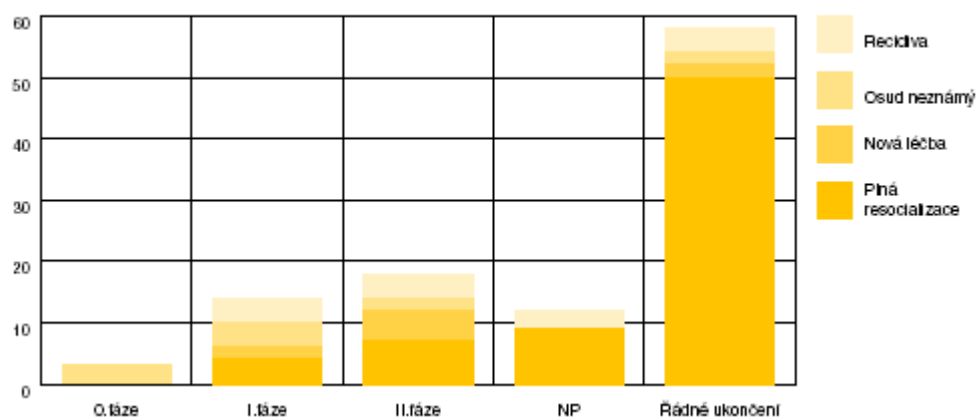


Stav klientů 3 roky po ukončení léčby (1999-2006)
74 klientů



Následující graf zobrazuje efektivitu rezidenční léčby vzhledem k délce pobytu. Zahrnuje i program chráněného bydlení v následné péči Magdaléna, o.p.s. (NP), řádným ukončením rozumíme v tomto kontextu dokončení celého léčebného programu včetně NP.

Efektivita léčby vzhledem k délce pobytu



Příloha L

Terapeutická komunita MAGDALÉNA

Program týdne

podle Manuálu TK Magdaléna, o.p.s., verze duben 2006

	PONDĚLÍ	ÚTERÝ	STŘEDA	ČTVRTEK	PÁTEK	SOBOTA	NEDĚLE
6:30	budiček						
6:40	rozcvička - hygiena					7:30	
7:00						budiček	
7:00	snídaně					7:45	9:00 snídaně
7:30							
7:30	pracovní blok					8:00	
8:30						snídaně	
8:45	komunita					komunita	
9:45						10:00 – 12:00	
10:00	pracovní blok					úklid	
12:30						12:15 oběd	
12:45	oběd					13:00 kontrola úklidu	
14:00	neverbální	arteterapie	sport	progr. šéfa	hodnotící	výlet	návštěvy
15:30	techniky			baráku	skupina		
16:00	skupina	skupina	keramika	skupina	samořídící		
17:30							
17:40	relaxace	skupina		relaxace			
18:00		III. fáze					
18:00	večeře						
18:30							
18:30	telefony			skupina	telefony		skupina
20:00				III. fáze			III. fáze
20:00	tématická	tématická	tématická	pastorace			hodnotící
21:00	skupina	skupina	skupina				skupina
22:00	deníky + noční klid						
22:30	večerka				24:00 večerka		22:30

Týdenní časová dotace jednotlivých bodů programu:

- individuální psychoterapie 1,0 hod.
- skupinová a komunitní psychoterapie 18,0 hod.
- rodinná terapie 1,0 hod.
- pracovní terapie 21,0 hod
- sportovní a pobytové zátěžové programy 5,5 hod.
- edukace – program prevence relapsu a vzdělávání 2,0 hod.
- pastorační terapie 1,0 hod.
- zájmová činnost – kultura, divadlo, tanec, keramika apod. 3,0 hod.
- sociální a právní poradenství, asistence při hledání zaměstnání dle potřeby
- kontrola abstinence a zdravotního stavu, zdravotní péče dle potřeby

Příloha M

Pravidla terapeutické komunity Magdaléna

podle Manuálu TK Magdaléna, o.p.s., verze duben 2006

Program – účast na všech aktivitách je povinná.

Abstinence – zákaz držení, manipulace a užití drog včetně alkoholu a hazardních her.

Násilí – fyzická i psychická forma násilí je nepřipustná.

Sex – navazování milostných vztahů či sexuálních kontaktů v komunitě je zakázáno.

Rozhodování – společná rozhodnutí komunity jsou závazná, v odůvodněných případech rozhoduje terapeutický tým samostatně.

porušení výše uvedených pravidel je důvodem k vyloučení z komunity

Porušování pravidel – řeší se individuálně v rámci komunity, může vést k udělení sankcí, úpravě individuálního léčebného plánu nebo k vyloučení z komunity.

Sankce – obvykle pracovní, vymezené časově nebo úkolově. V případě obdržení vyššího počtu sankcí může dojít k sestupu do nižší fáze.

Individuální plán, kontrakty, elaboráty – jsou specifické a individuálně stanovené doplňky léčebného programu či pravidel, jsou přidělovány týmem či celou komunitou a pro klienta jsou závazná.

Měsíční plány – jsou hodnoceny jedenkrát za měsíc na hodnotící skupině.

Mimořádná skupina – právo svolat mimořádnou skupinu má každý člen komunity v případě, že cítí potřebu neodkladně řešit osobně naléhavou situaci (ohrožení sebe, komunity či jejich společných zájmů).

Opuštění komunity – klient by měl ohlásit alespoň jeden den předem svůj úmysl opustit komunitu, tento jednodenní odklad slouží k nezbytnému zvážení takového kroku.

Den volna – v případě vážné osobní krize s momentální neschopností pokračovat v programu může komunita uvolnit jednotlivce z programu na nejnutnější dobu (zpravidla max. jeden den). Po uplynutí dohodnutého času následuje mimořádná společná skupina.

Osobní prohlídka – při nástupu a eventuálně kdykoli během pobytu může být klient podroben kontrole svých věcí, došlé pošty (drogy, peníze), či toxikologickému vyšetření (nedoporučuje se ani konzumace makových výrobků).

Peníze, doklady – jsou uloženy v kanceláři, vydávány jsou účelově po dohodě s terapeutem (dvakrát denně v 11:00 a v 18:00), evidence je kdykoli k nahlédnutí. Od II. fáze je mohou mít klienti u sebe.

Telefony – klienti mohou telefonovat z kartového telefonního automatu mezi 18:30 - 20:00 hod., klienti v 0. fázi z kanceláře v odůvodněných případech. Mobilní telefon mohou užívat klienti od II. fáze ve stejnou dobu.

Pošta – příjem dopisů na ranní komunitě.

Nemoc – nemocný se neúčastní žádných společných aktivit a leží v posteli, nekouří, o nemoci i zdraví rozhoduje obvodní lékař.

Léky – držení a užívání jakýchkoli léčiv je možné pouze s vědomím týmu.

Soukromí – nejsou povoleny vzájemné návštěvy na pokojích.

Večerka – po večeři jsou klienti na svých pokojích a dodržují noční klid.

Televize, hudba – pouze v době osobního volna (vyjma služby v kuchyni), hlasitost v intenzitě, která neruší okolí.

Kouření – je možné pouze na kuřárně nebo venku, během aktivit a od večerky do snídaně se nekouří.

Toxické řeči – hovory o drogách se odehrávají pouze na skupině.

Návštěvy, vycházky, výjezdy – schvalování návštěv probíhá na čtvrtěční ranní komunitě. Schvalování vycházek a výjezdů probíhá podle pravidel příslušné fáze klienta.

Příloha N

Orientace skupinového sezení z hlediska prostoru a času

Převzato z: KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 2005, s. 221

ČAS	PROSTOR	
	Tam	Zde
Tehdy	1. Rozbor biografie jedince; vývoj jeho osobnosti a onemocnění; traumatizující zážitky a konflikty	2. Sledování a rozbor projekce minulých zkušeností do skupinového dění; možnost získání náhledu, jak se zde minulé stereotypy chování opakují
Nyní	3. Přihlédnutí k tomu, co se děje v klientově domově během jeho léčby; jak ho to ovlivňuje a jak on sám do toho zasahuje; přímá terapeutická konfrontace při zvaní rodinných příslušníků do skupiny	4. Sledování současné skupinové interakce; co se děje mezi námi ve skupině; jaké máme k sobě vztahy; jak na koho reagujeme; možnost získání náhledu, jak naše chování působí na druhé a jaké reakce vyvolává
Potom	5. Diskuse o perspektivním řešení problému: cíle, plány, návody k jednání	6. Využití skupiny pro vyzkoušení a nácvik nového chování a nových interpersonálních strategií vhodných pro budoucnost

Příloha O

Dotazník – klient

Vážený kliente/ vážená klientko TK Magdaléna,

máš před sebou dotazník, jehož záměrem je zmapovat, jaký přínos pro Tebe měl dosavadní pobyt v terapeutické komunitě, jak Ty sám/ sama svou léčbu hodnotíš. Dotazníkové šetření je součástí mé diplomové práce na téma „Osobnostní a sociální rozvoj klienta v terapeutické komunitě“.

Chtěla bych Tě požádat, zda by ses mohl/a zamyslet nad následujícími otázkami a upřímně na ně odpovědět.

Výsledky šetření a osobní údaje budou použity pouze pro účely zmíněné diplomové práce, v žádném případě nebudou nijak zneužity ani poskytnuty třetí osobě. Pro snazší identifikaci uveď prosím iniciály svého jména a příjmení nebo křestní jméno.

Mnohokrát Ti děkuji za spolupráci a čas věnovaný tomuto dotazníku.

Iniciály jména a příjmení nebo křestní jméno:

Pohlaví:

Věk:

Délka pobytu v TK Magdaléna:

Fáze:

1. Když přemýšlíš nad svým pobytem v terapeutické komunitě, určitě vidíš jeho přínosy i některé nedostatky. Pokus se je vyjádřit do těchto dvou rámečků:

přínosy

<p>nedostatky</p>

2.Když se tyto přínosy a nedostatky pokusíš vyjádřit v procentech, na kolik % vidíš svůj pobyt v TK jako přínosný pro Tvůj život a kolik % tvoří nedostatky?

přínosy	%
nedostatky	%

3.Pokus se prosím nad svým pobytem zamyslet ještě jednou a co nejvýstižněji doplnit následující tři věty. Všechny tři si nejprve přečti a teprve potom začni s doplňováním.

Když přemýšlím nad tím, co mi přinesl můj pobyt v terapeutické komunitě Magdaléna, myslím si, že jsem se naučil/a.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Když přemýšlím nad tím, co mi přinesl můj pobyt v terapeutické komunitě Magdaléna, myslím si, že jsem se o sobě dozvěděl/a.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Když přemýšlím nad tím, co mi přinesl můj pobyt v terapeutické komunitě Magdaléna, myslím si, že jsem zjistil/a o svých vztazích s druhými lidmi...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

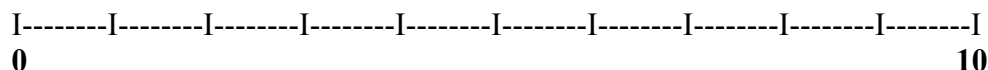
.....

.....

.....

.....

4.Tato přímka představuje celý Tvůj pobyt v terapeutické komunitě. Jistě máš stanovený určitý cíl, kvůli kterému jsi do TK přišel/přišla. Bod 0 ukazuje, kde jsi vzhledem ke svému cíli byl při vstupu do TK Magdaléna a bod 10 ukazuje, kam by ses chtěl dostat. Označ křížkem, kde si myslíš, že jsi právě teď.



To je všechno, děkuji ☺

Příloha P

Dotazník – terapeut

Garant klienta: _____

Vážený člene týmu TK Magdaléna,

máte před sebou dotazník, jehož záměrem je zmapovat, jak byla dosavadní léčba Vašeho klienta/Vaší klientky (jeho/její jméno je uvedeno výše) v terapeutické komunitě přínosná, a to z Vašeho pohledu. Všechny otázky se týkají pouze tohoto klienta/této klientky. Dotazníkové šetření je součástí mé diplomové práce na téma „Osobnostní a sociální rozvoj klienta v terapeutické komunitě“.

Chtěla bych Vás požádat, zda byste se mohl/a zamyslet nad následujícími otázkami a upřímně na ně odpovědět.

Výsledky šetření a osobní údaje budou použity pouze pro účely zmíněné diplomové práce, v žádném případě nebudou nijak zneužity ani poskytnuty třetí osobě.

Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci a čas věnovaný tomuto dotazníku.

1. Když přemýšlíte nad pobytem dotyčného klienta/dotyčné klientky v TK, jistě zaznamenáváte určité změny či posuny v jeho/jejím chování a prožívání (v porovnání s jeho stavem v době nástupu do léčby). Pokuste se prosím tyto změny stručně popsat v následujících oblastech:

a) vztah k sobě samému

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

b) chování k druhým lidem

.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....

c) životní postoje a hodnoty

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Je možné, že předchozí otázka nevyčerpala úplně Vaše poznatky týkající se rozvoje či změny chování a prožívání klienta/klientky v TK. Pokud je to tak, prosím, abyste zde stručně uvedl/a své postřehy o jeho/jejím pozitivním i negativním vývoji v rámci pobytu v TK Magdaléna.

To je vše, děkuji! ☺

Resumé

Diplomová práce má teoreticko-empirický charakter. Teoretická část textu se zabývá drogovou závislostí a popisuje možnosti léčby závislosti se zvláštním zřetelem k psychoterapeutickým přístupům, které se běžně při práci s uživateli drog uplatňují. Další kapitoly shrnují dosavadní poznatky o terapeutické komunitě jako jedné z nejúčinnějších metod léčby a resocializace závislých. Terapeutická komunita je specifická forma skupinové terapie využívající sociální učení, demokratické rozhodování či terapeutický potenciál samotných klientů. Léčebný proces se zaměřuje na osobnostní a sociální rozvoj jedince vedoucí ke komplexní změně životního stylu. Těchto cílů je dosahováno pomocí různých prostředků a nástrojů zahrnujících strukturovaný program, režim či jednotlivé aktivity komunity. Praktická část této práce popisuje provedené empirické šetření, jehož cílem bylo zjistit, jak klienti vnímají svůj osobnostní a sociální rozvoj v terapeutické komunitě a jak se na stejný jev dívají jejich terapeuti.

Summary

This diploma work consists of theoretical and empirical parts. The theoretical part deals with drug addiction and describes the options of its treatment with a special regard to psychotherapeutical approach which are commonly used when working with drug addicts. Later on, I summarize current knowledge of a therapeutic community as one of the most effective methods of treatment and social rehabilitation of drug addicts. Therapeutic community is a specific form of group therapy exploiting social learning, democratic decision making and therapeutic potential of the clients themselves. The therapeutical process is aimed at personal and social development of each individual which should lead to a complex change of his/her lifestyle. These goals can be reached by means of various instruments including structured programmes, regime and community activities. The practical part of this work describes the empirical research which examined the clients' perception of their personal and social development in TC as well as the views and opinions of their therapists.

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla půjčována ke studijním účelům. Žádám, aby byly citace uváděny způsobem užívaným ve vědeckých pracích a aby se vypůjčovatelé řádně zapsali do přiloženého seznamu.

V Praze dne 13. prosince 2007

podpis

Jméno uživatele	Bydliště	Číslo OP	Datum zapůjčení	Datum vrácení

